

**PENGARUH PENGETAHUAN TENTANG *FAMILY CENTERED CARE*
TERHADAP *SELF EFFICACY* PERAWAT PADA PERAWATAN
MANDIRI PASIEN GAGAL JANTUNG DI INSTALASI PELAYANAN
JANTUNG TERPADU RSUD Dr. SAIFUL ANWAR KOTA MALANG**

TUGAS AKHIR

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan**



oleh:

Kharisma Hadi

NIM. 185070209111014

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
MALANG**

2019

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
DAFTAR BAGAN	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus:	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Bagi Rumah Sakit	6
1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan	6
1.4.3 Bagi Peneliti Lain	6
1.4.4 Bagi Peneliti	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Pengetahuan	7
2.1.1 Definisi Pengetahuan	7
2.1.2 Tingkatan Pengetahuan Dalam Domain Kognitif	8
2.1.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan	10
2.1.4 Pengukuran Pengetahuan	12
2.2 Konsep Self Efficacy	13
2.2.1 Pengertian <i>Self Efficacy</i>	13
2.2.2 Fungsi <i>Self Efficacy</i>	13
2.2.3 Tahap Perkembangan <i>Self Efficacy</i>	14
2.2.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi <i>Self Efficacy</i>	15
2.2.5 Dimensi <i>Self Efficacy</i>	16

2.2.6 <i>General Self-Efficacy Scale</i>	17
2.3 Konsep Family Centered-Care.....	19
2.3.1 Definisi <i>Family Centered-Care</i>	19
2.3.2 Tujuan <i>Family Centered Care</i>	20
2.3.3 Elemen <i>Family Centered Care</i>	20
2.3.4 Prinsip <i>Family Centered Care</i>	21
2.4 Konsep Keperawatan Jantung Terpadu	22
2.4.1 Keperawatan Jantung Terpadu	22
2.4.2 Akses dan Keterpaduan Pelayanan Keperawatan Jantung	23
2.4.3 Peran dan Kompetensi Perawat Klinik Jantung	24
2.5 Konsep Gagal Jantung	27
2.5.1 Pengertian Gagal Jantung.....	27
2.5.2 Klasifikasi Gagal Jantung	27
2.5.3 Penatalaksanaan Gagal Jantung.....	29
BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN	33
3.1 Kerangka Konsep	33
3.2. Deskripsi Kerangka Konsep.....	34
3.3. Hipotesis Penelitian	34
BAB IV METODE PENELITIAN	35
4.1 Rancangan Penelitian.....	35
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian.....	36
4.2.1 Populasi Penelitian	36
4.2.2 Sampel Penelitian	36
4.3 Variabel Penelitian.....	37
4.3.1 Variabel Independen	38
4.3.2 Variabel Dependen.....	38
4.4. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	38
4.4.1 Lokasi Penelitian	38
4.4.2 Waktu Penelitian	38
4.5. Bahan dan Instrumen Penelitian	38
4.5.1 Intervensi.....	38
4.5.2 Alat Ukur Penelitian.....	39
4.5.3 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas	40
4.5.3.1 Uji Validitas	40
4.5.3.2 Uji Reliabilitas	40
4.6. Definisi Operasional.....	41

4.7. Prosedur penelitian	42
4.7.2 Prosedur Teknis	43
4.8. Analisa Data	44
4.8.1 Pra Analisa	44
4.8.2 Analisis Data	46
4.8.2.1 Analisis Univariat.....	46
4.8.2.2 Analisis bivariat.....	46
4.9. Prinsip Etik dalam Penelitian.....	47
4.9.1 Menghormati orang (<i>Respect for person</i>).....	47
4.9.2 Kerahasiaan (<i>Anonymity</i>)	48
4.9.3 Berbuat Baik (<i>Beneficience</i>)	48
4.9.4 Prinsip Tidak Merugikan (<i>Non-maleficience</i>)	48
4.9.5 Keadilan (<i>Justice</i>)	49
BAB V HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA.....	50
5.1. Analisa Data Univariat	51
5.1.1 Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik	51
5.1.2 Pengetahuan Perawat tentang <i>Family Centered Care</i>	52
5.1.3 <i>Self Efficacy</i> Perawat tentang <i>Family Centered Care</i>	53
5.2. Analisa Data Bivariat.....	53
5.2.1 Uji Normalitas	53
5.2.2 Pengaruh Pengetahuan tentang <i>Family Centered Care</i> Terhadap <i>Self Efficacy</i> Perawat pada Kelompok Perlakuan	54
BAB VI PEMBAHASAN	55
6.1. Karakteristik Responden	55
6.2. Pengetahuan Perawat tentang Family Centered Care	56
6.3. Self Efficacy Perawat tentang Family Centered Care.....	58
6.4. Pengaruh Pengetahuan tentang FCC terhadap Self Efficacy Perawat.....	60
6.5. Implikasi Keperawatan	62
6.6. Keterbatasan Penelitian	62
BAB VII PENUTUP	63
7.1. Kesimpulan	63
7.2. Saran	63

DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1 Kerangka Konsep	33
Bagan 4.1 Diagram Alur Penelitian	42

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Tingkat pengetahuan dalam domain kognitif	10
Tabel 4.1	Rancangan Penelitian.....	35
Tabel 4.2	Kisi-Kisi Instrumen.....	39
Tabel 4.3	Definisi Operasional.....	41
Tabel 5.1	Karakteristik Responden.....	51
Tabel 5.2	Data Pengetahuan Pre dan Post-Test Semua Kelompok.....	52
Tabel 5.3	Data <i>Self Efficacy</i> Pre dan Post-Test Semua Kelompok.....	53
Tabel 5.4	Hasil <i>Uji Wilcoxon Self Efficacy</i> Pada Perawat.....	54

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Curriculum Vitae.....	71
Lampiran 2	Pernyataan Telah Melakukan <i>Informed Consent</i>	73
Lampiran 3	Penjelasan Mengikuti Penelitian.....	74
Lampiran 4	Surat Pernyataan Mengikuti Penelitian.....	76
Lampiran 5	Kisi-kisi Kuisioner	77
Lampiran 6	Kuisioner Penelitian	78
Lampiran 7	Satuan Acara Edukasi.....	83
Lampiran 8	Modul Penelitian.....	89
Lampiran 9	Surat Permohonan Ijin Validitas	92
Lampiran 10	Surat Permohonan Ijin Penelitian	93
Lampiran 11	Lembar Keterangan Kelaikan Etik FKUB.....	94
Lampiran 12	Lembar Keterangan Kelaikan Etik RSSA.....	95
Lampiran 13	Surat Sosialisasi <i>Ethical Clearance</i> RSSA	96
Lampiran 14	Surat Ijin Penelitian RSSA.....	97
Lampiran 15	Surat Keterangan Menyelesaikan Penelitian RSSA	98
Lampiran 16	Hasil Uji Validitas & Reliabilitas Kuisioner Pengetahuan	99
Lampiran 17	Hasil SPSS Data Penelitian.....	100
Lampiran 18	Lembar Konsultasi	104
Lampiran 19	Matriks Penelitian.....	106
Lampiran 20	Dokumentasi Penelitian.....	107

DAFTAR SINGKATAN

ACE	: <i>Angiotensin-converting enzyme</i>
AHA	: <i>American Heart Association</i>
BB	: Berat Badan
CHF	: <i>Congestive Heart Failure</i>
CVCU	: <i>Cardiovascular Care Unit</i>
ESC	: <i>European Society of Cardiology</i>
FCC	: <i>Family Centered Care</i>
GSE	: <i>General Self Efficacy</i>
ICU	: <i>Intensive Care Unit</i>
IMT	: Indeks Massa Tubuh
IPJT	: Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu
KMB	: Keperawatan Medikal Bedah
NYHA	: <i>New York Heart Association</i>
PERKI	: Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia
Permenkes	: Peraturan Menteri Kesehatan
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SPSS	: <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SSE	: <i>Spesific Self Efficacy</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

HALAMAN PENGESAHAN

PENGARUH PENGETAHUAN TENTANG *FAMILY CENTERED-CARE* TERHADAP *SELF-EFFICACY* PERAWAT PADA PERAWATAN MANDIRI PASIENT GAGAL JANTUNG DI INSTALASI PELAYANAN JANTUNG TERPADU RSUD Dr. SAIFUL ANWAR KOTA MALANG

Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan

Oleh:

Kharisma Hadi

NIM 185070209111014

Telah diuji pada

Hari : Jum'at

Tanggal : 27 Desember 2019

dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji I



Dr. Ahsan, S.Kp., M.Kes

NIP. 196408141984011001

Pembimbing-I/ Penguji-II



Alfrina Hany, S.Kp., M.Ng (AC)

NIP. 197804042002122001

Pembimbing-II/ Penguji-III



Ns. Renny Nova, S.Kep., M.Kep., Sp. Kep.J.

NIK. 2012018811102001



Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan

Ns. Tony Subarsono, S. Kep., M. Kep.

NIP. 198009022006041003

ABSTRAK

Hadi, Kharisma. 2019. **Pengaruh Pengetahuan Tentang *Family Centered Care* Terhadap *Self Efficacy* Perawat pada Perawatan Mandiri Pasien Gagal Jantung di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang.** Tugas Akhir, Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya. Pembimbing : (1) Alfrina Hany, S.Kp., M.Ng (AC) (2) Ns. Renny Nova, S.Kep., M.Kep., Sp. Kep.J.

Gagal jantung adalah sindrom klinis kompleks dan akhir dari sebagian besar penyakit jantung. Keberhasilan pengobatannya dipengaruhi oleh manajemen perawatan mandiri. Keluarga berperan penting dalam perbaikan kualitas hidup dan mempertahankan kondisi pasien gagal jantung yang difilosofikan dalam *Family Centered Care* (FCC). Pengetahuan tentang FCC didapat melalui pendidikan, pelatihan atau pengalaman selama bekerja yang diharapkan dapat meningkatkan *self efficacy* seseorang. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh pengetahuan tentang *Family Centered Care* terhadap *Self Efficacy* perawat pada perawatan mandiri pasien gagal jantung dengan menggunakan desain *True Eksperiment* dengan pendekatan *pretest* dan *post-test control group design*. Sampling menggunakan *probability sampling* dengan jumlah responden 32 orang. Analisis statistik dengan uji statistik *Wilcoxon* didapatkan hasil analisis SPSS dengan *p-value* $0,001 < \alpha 0,05$ atau ada pengaruh signifikan dari pengetahuan *Family Centered Care* terhadap *Self Efficacy* perawat dalam perawatan mandiri pasien gagal jantung. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan untuk bidang ilmu keperawatan terkait pentingnya melakukan edukasi tentang metode *family centered care* dalam keperawatan kronis. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian terkait penerapan *family centered care* dengan kualitas kinerja dan kepuasan perawat.

Kata kunci: *Family Centered Care*, *Self Efficacy*, Gagal Jantung

ABSTRACT

Hadi, Kharisma. 2019. **The Influence of Knowledge About Family Centered Care on Nurse Self Efficacy in the Self-Care of Heart Failure Patients.** Final Assignment, Nursing Program, Faculty of Medicine, Brawijaya University. Advisors: (1) Alfrina Hany, S.Kp., M.Ng (AC) (2) Ns. Renny Nova, S.Kep., M.Kep., Sp. Kep.J.

Heart failure is a complex clinical syndrome and the end of most heart disease. The success of the treatment is influenced by Self-Care management. Families play an important role in improving quality of life and maintaining the condition of patients with heart failure who are philosophized in Family Centered Care (FCC). Knowledge about FCC is obtained through education, training or work experience that is expected to increase one's self efficacy. The purpose of this study was to determine the effect of knowledge about Family Centered Care on nurses' self-efficacy in the Self-Care of heart failure patients using the True Experiment design with the pretest and post-test control group design approaches. Sampling uses probability sampling with 32 respondents. Statistical analysis using the Wilcoxon statistical test obtained SPSS analysis results with a p-value of 0.001 <alpha 0.05 or there is a significant effect of Family Centered Care knowledge on nurses' self efficacy in the self-care of heart failure patients. The results of this study are expected to provide input to the field of nursing related to the importance of educating about family centered care methods in chronic nursing. Further researchers are expected to conduct research related to the implementation of family centered care with the quality of performance and nurse satisfaction.

Keywords: *Family Centered Care, Self Efficacy, Heart Failure*

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gagal jantung merupakan penyakit yang kompleks akibat kelainan struktural dan fungsional jantung sehingga terjadi gangguan pengisian ventrikel atau ejeksi darah dengan gejala sesak nafas, mudah lelah disertai edema perifer (Yancy dkk., 2013). Gagal jantung mungkin merupakan manifestasi akhir dan paling berat dari hampir semua bentuk penyakit jantung, termasuk aterosklerosis koroner, infark miokard, penyakit katup, hipertensi, penyakit jantung bawaan, dan kardiomiopati (Chatterjee N.A. *et al.*, 2012)

Gagal jantung adalah sindrom klinis kompleks dan jalur umum akhir dari sebagian besar penyakit jantung yang menyerang sekitar 26 juta orang di seluruh dunia (Ponikowski, 2014). Berdasarkan seluruh data yang telah dikumpulkan dari WHO, pada tahun 2015 diperkirakan kematian akibat penyakit jantung meningkat menjadi 20 juta jiwa dan akan tetap meningkat sampai tahun 2030, diperkirakan 23,6 juta jiwa penduduk akan meninggal akibat penyakit jantung (WHO, 2015). Menurut Riskesdas 2018, prevalensi gagal jantung berdasar wawancara terdiagnosis dokter di Indonesia sebesar 1,5 persen. Hal itu meningkat tajam dari hasil Riskesdas 2013 yang menunjukkan bahwa prevalensi berdasarkan wawancara terdiagnosis dokter di Indonesia sebesar 0,13 persen (Riskesdas, 2018). Selain itu, gagal jantung merupakan penyakit yang paling sering memerlukan perawatan ulang di rumah sakit dengan angka rehospitalisasi gagal jantung di Indonesia sebesar 29% (Siswanto dkk., 2010)

Manajemen perawatan mandiri mempunyai peran dalam keberhasilan pengobatan gagal jantung dan memberikan dampak yang bermakna pada

perbaikan gejala gagal jantung, kapasitas fungsional, kualitas hidup, penurunan angka perawatan, morbiditas dan prognosis. Setelah anggota keluarga yang sakit pulang dari rumah sakit dan menjalani program rehabilitasi jantung maka keluarga memainkan peranan yang penting untuk keberhasilan program tersebut (Notoatmodjo, 2010). Dukungan keluarga dalam pengobatan gagal jantung dilakukan agar penderita merasa aman, nyaman dalam melakukan aktivitas fisik, serta meningkatkan harapan hidupnya (Bararah dan Jauhar, 2013). Dukungan ini bisa berupa kehadiran yang mempengaruhi tingkah laku penerima dukungan dan memberi respon emosional. Menurut Friedman (2010), dukungan keluarga bisa diberikan dalam beberapa bentuk: dukungan informasional, penilaian, instrumental, dan emosional.

Sejumlah penelitian telah memberikan bukti bahwa dukungan keluarga memiliki pengaruh positif pada pengobatan gagal jantung. Sulistyio (2018) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa pasien gagal jantung kongestif yang mendapatkan dukungan keluarga tinggi maka memiliki kualitas hidup yang tinggi, sedangkan pasien yang mendapatkan dukungan keluarga rendah memiliki kualitas hidup yang rendah. Selain itu Putri (2014) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa pemberian pendidikan kesehatan secara rutin pada saat kunjungan ke rumah sakit serta motivasi yang diberikan oleh tenaga medis kepada keluarga akan mendorong keluarga untuk terlibat secara aktif dalam merawat pasien ketika berada di rumah sehingga dapat membantu pasien dalam mempertahankan kondisinya agar tetap stabil. Dari beberapa penelitian di atas dapat disimpulkan bahwa keluarga berperan penting dalam perbaikan kualitas hidup dan mempertahankan kondisi pasien gagal jantung yang dapat difilosofikan dalam *Family Centered Care (FCC)*.

Family Centered Care adalah cara untuk memperluas perawatan kesehatan yang menunjukkan pentingnya keluarga dalam program perawatan pasien (Festini, 2014). Definisi dari *Family-centered Care* (FCC) sendiri adalah pendekatan kemitraan untuk pengambilan keputusan perawatan kesehatan antara keluarga dan penyedia layanan kesehatan (Kuo, 2012). FCC dianggap sebagai standar perawatan kesehatan anak oleh banyak praktik klinis, rumah sakit, dan kelompok perawatan kesehatan yang saat ini berkembang ke area perawatan orang dewasa. *Family-centered Care* juga menuntut pendekatan kolaboratif untuk peduli dimana semua anggota tim mendukung dan menghargai filosofi ini. Menurut Henneman *et al.* (2002), menyediakan perawatan yang berpusat pada keluarga berarti kita mengakui tanggung jawab kita untuk membantu keluarga dan juga pasien selamat dari krisis penyakit.

Perawat menyadari bahwa keluarga penting dalam perawatan holistik pasien gagal jantung, tetapi seringkali mereka enggan untuk mengintegrasikan keluarga ke dalam lingkungan ICU. Peran keluarga dalam penyembuhan pasien telah diminimalkan. Secara tradisional, ICU banyak berfokus pada pasien, untuk berubah menjadi berpusat pada keluarga akan membutuhkan perubahan sikap dan pendekatan tim multidisiplin untuk peduli (Pryzby, 2005).

Pengetahuan perawat tentang *Family-Centered Care* (FCC) merupakan modal yang sangat penting untuk pelaksanaan perawatan pasien gagal jantung. Herwyndianata (2013) dalam penelitiannya mengatakan bahwa dimana terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan kinerja perawat. Pengetahuan ini menentukan keberhasilan perawatan kesehatan yang menunjukkan pentingnya keluarga dalam program perawatan pasien.

Pengetahuan tentang *Family-Centered Care* (FCC) didapat melalui pendidikan, pelatihan atau pengalaman selama bekerja.

Teori kognitif sosial (*Social cognitive theory*) oleh Bandura menyatakan bahwa *self efficacy* adalah keyakinan dan kepercayaan diri individu untuk mampu mengkoordinasi dan melakukan sesuatu yang dibutuhkan dalam suatu tindakan atau pekerjaan terhadap peristiwa dan lingkungan mereka sendiri (Feist & Feist, 2008). Individu dengan *self efficacy* yang tinggi, akan mendorongnya untuk giat dan gigih melakukan upayanya. Sebaliknya individu dengan *self efficacy* yang rendah, akan diliputi perasaan keragu-raguan akan kemampuannya. Jika individu tersebut dihadapkan pada kesulitan, maka akan memperlambat dan melonggarkan upayanya, bahkan dapat menyerah (Pajares, 2002). Peningkatan *self-efficacy* dalam praktik keperawatan dapat meningkatkan perilaku praktik profesional perawat dan meningkatkan kualitas perawatan yang diberikan perawat (Manojlovich, 2005).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada tanggal 11 – 12 Maret 2019 di Ruang CVCU RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang. Peneliti melakukan wawancara kepada 10 perawat jaga dan didapatkan data bahwa di rumah sakit tersebut belum menerapkan FCC dengan indikator perawat belum memahami konsep FCC. Kurangnya pemahaman tentu berdampak pada berkurangnya *self efficacy* perawat dalam bertugas. Menurut Gaffney (2015), fenomena saat ini terjadi adalah bahwa *self-efficacy* perawat tidak seimbang. Beberapa perawat memiliki *self-efficacy* yang rendah sementara yang lain memiliki *self-efficacy* yang tinggi. Masalah ini berkaitan dengan beberapa faktor, antara lain: usia, jenis kelamin, pengetahuan, persepsi, dan pengalaman (Bandura, 2004).

Berdasarkan fenomena-fenomena yang ditemukan maka menarik perhatian bagi peneliti untuk melakukan penelitian tentang pengaruh pengetahuan tentang *Family Centered-Care* (FCC) terhadap *self efficacy* perawat pada perawatan mandiri pasien gagal jantung di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh pengetahuan tentang *Family Centered Care* terhadap *Self Efficacy* perawat pada perawatan mandiri pasien gagal jantung di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan Umum dari penelitian ini adalah diidentifikasinya pengaruh pengetahuan tentang *Family Centered Care* terhadap *Self Efficacy* perawat pada perawatan mandiri pasien gagal jantung di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang.

1.3.2 Tujuan Khusus:

- a) Mengidentifikasi pengetahuan perawat tentang *Family Centered Care*
- b) Mengidentifikasi *self efficacy* perawat tentang *Family Centered Care*
- c) Menganalisa pengaruh pengetahuan tentang *Family Centered Care* terhadap *self efficacy* perawat pada perawatan mandiri pasien gagal jantung

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Rumah Sakit

Rumah Sakit dapat merencanakan dan menyelenggarakan suatu pelatihan yang tepat bagi perawat di jajarannya, yang bertujuan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dan derajat kesehatan masyarakat pada umumnya dan meningkatkan penanganan pada pasien di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu pada khususnya

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini dapat menambah khasanah pustaka dan pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya dalam pengetahuan *Family Centered Care* dan *self efficacy* perawat di Ruang Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu

1.4.3 Bagi Peneliti Lain

Penelitian ini dapat memberikan pengaruh dalam memberikan bahan kajian dan acuan bagi peneliti berikutnya dalam melaksanakan penelitian sejenis yang lebih kompleks terkait *Family Centered Care*

1.4.4 Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan wawasan tentang *Family Centered Care* dan *self efficacy* perawat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Pengetahuan

2.1.1 Definisi Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu seseorang yang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui pendidikan, pengalaman diri sendiri maupun pengalaman orang lain, media massa maupun lingkungan (Notoatmodjo, 2007).

Pengetahuan bukan sesuatu yang sudah ada dan tersedia, sementara orang lain tinggal menerimanya. Pengetahuan bukan sesuatu yang dapat dipindahkan dari pikiran seseorang yang telah mempunyai pengetahuan kepada pikiran orang lain yang belum memiliki pengetahuan tersebut dan manusia juga dapat mengetahui sesuatu dengan menggunakan inderanya (Budiningsih, 2005).

Pengetahuan adalah proses kehidupan yang diketahui manusia secara langsung dari kesadarannya sendiri. Pengetahuan adalah merupakan penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya seperti mata, hidung, telinga, dan lain sebagainya (Taufik, 2007). Berdasarkan beberapa definisi di atas bisa diambil kesimpulan bahwa pengetahuan adalah aktivitas manusia berupa pengalaman mendengar dan membaca.

2.1.2 Tingkatan Pengetahuan Dalam Domain Kognitif

Pengetahuan (*knowledge*) merupakan hasil tahu setelah seseorang melakukan penginderaan suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yakni indera penglihatan, indera penciuman, pendengaran, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan diperoleh dari mata dan telinga (Notoatmojo, 2003). Pengetahuan atau kognitif merupakan domain dalam melakukan tindakan.

Menurut Notoatmodjo (2003) pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu:

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima, jadi “tahu” adalah merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur apakah orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami dapat diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi, harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi atau yang sebenarnya. Aplikasi ini bisa diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi lain.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjalankan materi obyek ke dalam komponen tetapi masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja dengan menggunakan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokan dan sebagainya.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan dan menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formula baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya dapat menyesuaikan dan sebagainya terhadap suatu teori-teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian terhadap suatu evaluasi didasari suatu kinerja yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Tabel 2.1 Tingkat Pengetahuan dalam Domain Kognitif

Tingkat Pengetahuan	Tahu	Memahami	Aplikasi	Analisis	Sintetis	Evaluasi
Kurang	+	+				
Cukup	+	+	+	+		
Baik	+	+	+	+	+	+

Sumber : Notoarmojo (2003)

Tabel 2.1 dapat dilihat bahwa seseorang yang dikatakan memiliki pengetahuan kurang apabila seseorang tersebut baru sekedar tahu dan memahami saja, sedangkan seseorang yang memiliki pengetahuan cukup cenderung memiliki bukan hanya sekedar tahu dan memahami tetapi juga udah bisa mengaplikasi dan menganalisis, dan seseorang dikatakan memiliki pengetahuan yang baik apabila sudah mencapai tingkatan/tahapan sintetis dan evaluasi. Pengetahuan/kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*). Pengalaman dan perilaku ternyata didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2003).

2.1.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Pengetahuan merupakan informasi dan penemuan yang bersifat kreatif untuk mempertahankan pengetahuan baru, dimana perawat dapat menggunakan kemampuan rasional logis dan pemikiran kritis untuk menganalisis informasi yang diperoleh melalui pembelajaran tradisional, pencarian informasi, belajar dari pengalaman, penelitian ide terhadap disiplin ilmu lain, dan pemecahan masalah untuk menentukan terminologi tindakan keperawatan. Selain itu, perawat dapat menggunakan kemampuan penyelidikan ilmiah untuk mengidentifikasi dan menyelidiki masalah klinis, profesional atau pendidikan (Potter & Perry, 2005).

Menurut Wawan dan Dewi (2011), faktor-faktor pengetahuan seseorang dibedakan menjadi faktor internal dan faktor eksternal:

a) Faktor internal

1) Pendidikan

Pendidikan dapat mempengaruhi perilaku seseorang terhadap pola hidup terutama dalam motivasi sikap. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin mudah untuk penerimaan informasi.

2) Pekerjaan

Menurut Thomas yang dikutip oleh Nursalam (2009) pekerjaan merupakan suatu cara mencari nafkah yang membosankan, berulang, dan banyak tantangan, Pekerjaan dilakukan untuk menunjang kehidupan pribadi maupun keluarga. Bekerja dianggap kegiatan yang menyita waktu.

3) Umur

Usia adalah umur individu yang terhitung mulai dari dilahirkan sampai berulang tahun (Elisabeth BH, dikutip dari Nursalam, 2009). Menurut Hurlock (1998), semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir. Pengaruh lanjut usia terhadap pengetahuan dijelaskan melalui teori *Neuroendokrin*, teori ini menjelaskan terdapat hubungan antara penuaan dengan perlambatan sistem metabolisme atau fungsi sel. Teori ini mencontohkan sekresi hormon yang diatur oleh sistem saraf. Area neurologi yang mengalami gangguan secara universal akibat penuaan adalah reaksi yang diperlukan untuk menerima, memproses dan bereaksi terhadap perintah. Dikenal sebagai perlambatan tingkah laku. Respon ini kadang-kadang diinterpretasikan sebagai tindakan melawan, ketulian atau kurangnya pengetahuan

b) Faktor internal

1) Faktor Lingkungan

Lingkungan sekitar dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku individu maupun kelompok. Jika lingkungan mendukung ke arah positif, maka individu maupun kelompok akan berperilaku positif, tetapi jika lingkungan sekitar tidak kondusif, maka individu maupun kelompok tersebut akan berperilaku kurang baik.

2) Sosial Budaya

Sistem sosial budaya yang ada dalam masyarakat juga mempengaruhi sikap dalam penerimaan informasi.

2.1.4 Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran bobot pengetahuan seseorang ditetapkan menurut hal-hal sebagai berikut.

1. Bobot 1 : tahap tahu dan pemahaman
2. Bobot 2 : tahap tahu, pemahaman, aplikasi dan analisis.
3. Bobot 3: tahap tahu, pemahaman, aplikasi, analisis, sintesis, dan evaluasi.

Pengukuran dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang diukur dari subjek penelitian atau responden. Dalam mengukur pengetahuan harus diperhatikan rumusan kalimat pertanyaan menurut tahapan pengetahuan. Arikunto (2006) dalam Budiman (2013) membuat kategori tingkat pengetahuan seseorang menjadi tiga tingkatan yang didasarkan pada nilai presentase sebagai berikut :

1. Tingkat pengetahuan kategori Baik jika nilainya $\geq 75\%$
2. Tingkat pengetahuan kategori Cukup jika nilainya 56-74%
3. Tingkat pengetahuan kategori Kurang jika nilainya $< 55\%$ (Budiman, 2013)

2.2 Konsep Self Efficacy

2.2.1 Pengertian *Self Efficacy*

Menurut Bandura, *Self Efficacy* adalah persepsi diri sendiri mengenai seberapa bagus diri dapat berfungsi dalam situasi tertentu. *Self Efficacy* berhubungan dengan keyakinan diri memiliki kemampuan melakukan tindakan yang diharapkan. *Self efficacy* adalah penilaian diri, apakah dapat melakukan tindakan yang baik atau buruk, tepat atau salah, bisa atau tidak bisa mengerjakan sesuai dengan yang dipersyaratkan. *Self Efficacy* berbeda dengan aspirasi (cita-cita), karena cita-cita menggambarkan sesuatu yang ideal yang seharusnya (dapat dicapai), sedang *self efficacy* menggambarkan penilaian kemampuan diri. (Alwisol, 2007)

Self efficacy merupakan keyakinan individu bahwa mereka memiliki kemampuan dalam mengadakan kontrol terhadap pekerjaan mereka, terhadap peristiwa lingkungan mereka sendiri (Feist & Feist, 2008). Definisi lain *self efficacy* adalah sebagai keyakinan seseorang tentang kemampuannya untuk mengorganisasikan dan melaksanakan tindakan apa saja yang dibutuhkan untuk mencapai kinerja yang diinginkan (Pajares & Urdan, 2006). *Self efficacy* berkombinasi dengan lingkungan, perilaku sebelumnya, dan variabel kepribadian lainnya, khususnya ekspektasi terhadap hasil (*expectancy outcomes*) untuk dapat menghasilkan perilaku tertentu. Selain berbeda dengan *expectancy outcomes*, *selft efficacy* juga berbeda dengan konsep lain (Pajares & Urdan, 2006).

2.2.2 Fungsi *Self Efficacy*

Bandura menyatakan bahwa *self efficacy* akan berkombinasi dengan lingkungan yang responsif dan tidak responsif untuk dapat menghasilkan empat

variabel yang paling dapat diprediksi yaitu: a) bila *self efficacy* yang dimiliki seorang individu tinggi dan lingkungan responsif, maka hasil yang dapat diperkirakan adalah kesuksesan, b) bila *self efficacy* yang dimiliki seorang individu rendah dan lingkungan responsif, maka individu tersebut dapat menjadi depresi saat mereka mengamati orang lain, yang berhasil menyelesaikan tugas yang menurutnya sulit, c) bila *self efficacy* yang dimiliki seorang individu tinggi dan situasi lingkungan yang tidak responsif, maka individu tersebut biasanya akan berusaha keras mengubah lingkungan, d) bila *self efficacy* yang dimiliki seorang individu rendah berkombinasi dengan lingkungan yang tidak responsif, maka individu tersebut akan merasa apati, mudah menyerah dan merasa tidak berdaya (Feist & Feist, 2008).

2.2.3 Tahap Perkembangan *Self Efficacy*

Bandura (1997) menyatakan bahwa *self efficacy* berkembang secara teratur. Bayi mulai mengembangkan *self efficacy* sebagai usaha untuk melatih pengaruh lingkungan fisik dan sosial. Mereka mulai mengerti dan belajar mengenal kemampuan dirinya, kecakapan fisik, kemampuan sosial, dan kecakapan berbahasa yang hampir konstan digunakan dan ditujukan pada lingkungan. Awal dari pertumbuhan *self efficacy* dipusatkan pada orang tua kemudian dipengaruhi oleh saudara kandung, teman dan orang dewasa lainnya. *Self efficacy* pada dewasa meliputi penyesuaian pada pekerjaan dan perkawinan, sedangkan pada usia lanjut sulit terbentuk sebab pada masa ini terjadi penurunan mental.

2.2.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi *Self Efficacy*

Bandura (1997) menyatakan bahwa faktor-faktor yang dapat mempengaruhi *self efficacy* pada diri individu antara lain:

1. Budaya

Budaya mempengaruhi *self efficacy* melalui nilai (*values*), kepercayaan (*beliefs*) dalam proses pengaturan diri (*self regulatory process*) yang berfungsi sebagai sumber penilaian *self efficacy* dan juga sebagai konsekuensi dari keyakinan akan *self efficacy*

2. Gender

Perbedaan gender juga berpengaruh terhadap *self efficacy*. Hal ini dapat dilihat dari penelitian Bandura (1997) yang menyatakan bahwa wanita efikasinya lebih tinggi dalam mengelola perannya. Wanita yang memiliki peran selain ibu rumah tangga, juga sebagai wanita pekerja akan memiliki *self efficacy* yang tinggi dibanding dengan pria yang bekerja.

3. Sifat dari tugas yang dihadapi

Derajat dari kompleksitas dari kesulitan tugas yang dihadapi oleh individu akan mempengaruhi penilaian tersebut terhadap kemampuan dirinya sendiri. Semakin komplek tugas yang dihadapi oleh individu maka akan semakin rendah individu tersebut menilai kemampuannya

4. Insentif eksternal

Faktor lain yang mempengaruhi *self efficacy* adalah insentif yang diperolehnya. Bandura menyatakan bahwa salah satu faktor yang dapat meningkatkan *self efficacy* adalah insentif yang diberikan orang lain yang merefleksikan keberhasilan seseorang.

5. Status atau peran individu dalam lingkungan

Individu yang memiliki status yang lebih tinggi akan memperoleh derajat kontrol yang lebih besar sehingga *self efficacy* yang dimiliki juga tinggi.

6. Informasi tentang kemampuan diri

Individu yang memiliki *self efficacy* tinggi, jika ia memperoleh informasi positif mengenai dirinya, sementara individu akan memiliki *self efficacy* yang rendah jika ia memperoleh informasi negatif mengenai dirinya

2.2.5 Dimensi *Self Efficacy*

Menurut Bandura (1997) mengungkapkan ada tiga dimensi *self efficacy*, yaitu:

a. *Level*

Level berkaitan dengan derajat kesulitan tugas yang dihadapi. Penerimaan dan keyakinan seseorang terhadap tugas berbeda-beda, mungkin orang hanya terbatas pada tugas yang sederhana, menengah, atau sulit. Persepsi setiap individu akan berbeda dalam memandang tingkat kesulitan dari suatu tugas. Ada yang menganggap suatu tugas itu sulit sedangkan orang lain mungkin merasa tidak demikian. Apabila sedikit rintangan yang dihadapi dalam pelaksanaan tugas, maka tugas tersebut akan mudah dilakukan. Zimmerman (2003) membagi *level* atas 3 bagian yaitu:

1. Analisis pilihan perilaku yang akan dicoba, yaitu seberapa besar individu merasa mampu atau yakin untuk berhasil menyelesaikan tugas dengan pilihan perilaku yang akan diambil.
2. Menghindari situasi dan perilaku yang dirasa melampaui batas kemampuan

3. Menyesuaikan dan menghadapi langsung tugas-tugas yang sulit

b. *Strength*

Strength merupakan kuatnya keyakinan seseorang mengenai kemampuan yang dimiliki. Hal ini berkaitan dengan ketahanan dan keuletan individu dalam pemenuhan tugasnya. Individu yang memiliki keyakinan dan kemampuan yang kuat terhadap kemampuannya untuk mengerjakan suatu tugas akan terus bertahan dalam usahanya meskipun banyak mengalami kesulitan dan tantangan. Pengalaman memiliki pengaruh terhadap *self efficacy* yang diyakini seseorang. Pengalaman yang lemah akan melemahkan keyakinan individu itu pula. Individu yang memiliki keyakinan yang kuat terhadap kemampuan mereka akan teguh dalam usaha untuk menyampaikan kesulitan yang dihadapi.

c. *Generality*

Generality sejauh mana individu yakin akan kemampuannya dalam berbagai situasi tugas, mulai dari dalam melakukan suatu aktivitas yang biasa dilakukan atau situasi tertentu yang tidak pernah dilakukan hingga dalam serangkaian tugas atau situasi sulit dan bervariasi. *Generality* merupakan perasaan kemampuan yang ditunjukkan individu pada konteks tugas yang berbeda-beda, baik itu melalui tingkah laku, kognitif dan afektifnya.

2.2.6 *General Self-Efficacy Scale*

Kuesioner GSE pertama kali diperkenalkan oleh Matthias Jerusalem dan Ralf Schwarzer dalam Bahasa Jerman, yang terdiri dari 10 item pertanyaan dengan pola menjawab menggunakan empat poin dengan skala. Namun

kuesioner ini tidak disertai keterangan item *favorable* maupun *unfavorable*. Uji reliabilitas GSE dilakukan menerapkan *cronbach's alphas* dengan hasil kisaran 79 sampai 90. Uji validitas GSE membuktikan bahwa kuesioner ini bersesuaian dengan tingkat emosi, optimisme, kepuasan bekerja dan koefisien negatif ditemukan untuk kecemasan, depresi, stres, kelelahan, dan keluhan kesehatan (Romppel *et al*, 2013).

Saat ini kuesioner GSE telah diaplikasikan ke dalam 33 bahasa. Supaya kuesioner GSE dapat dijangkau oleh peneliti selanjutnya, terdapat website resmi yang dapat diakses melalui jaringan internet pada laman <http://userpage.fuberlin.de/~health/selfscal.htm>. Website resmi tersebut memberikan informasi yang berkaitan dengan kuesioner GSE, beserta petunjuk dalam menggunakannya. Situs tersebut juga memberikan pilihan terjemahan kuesioner GSE ke dalam 33 bahasa, termasuk bahasa Indonesia (Croasmun & Ostrom, 2011). *General Self Efficacy Scale* memiliki skor 10-40. Perhitungan dalam skala ini dengan cara menjumlahkan setiap skor yang di dapatkan oleh responden pada setiap item pertanyaan. Selain itu, koefisien reliabilitas skala *self efficacy* ini yaitu 0.75 sampai 0.90. Validitas pada skala ini teruji secara Internasional dan di Indonesia dengan nilai 0,373 – 0,573 (Rahmawati, 2017).

Alasan peneliti menggunakan skala milik Schwarzer *et al* (2002) karena landasan teori yang digunakan dalam penelitiannya menggunakan teori *social cognitive* milik Bandura. Selain itu, menurut Schwarzer *et al* (2002) koefisien reabilitas skala *self efficacy* ini yaitu 0.75 sampai 0.90 sehingga dikatakan reliabel. Dengan demikian, skala ini dapat dipergunakan pada masa dan jangka waktu yang berbeda serta dengan karakteristik responden yang berbeda. Peneliti menyusun

sendiri *blueprint* skala tersebut berdasarkan aspek-aspek *self-efficacy* Bandura antara lain: *level, strength, dan generality*.

2.3 Konsep *Family Centered-Care*

2.3.1 Definisi *Family Centered-Care*

Family-centered care didefinisikan oleh *Institute for Patient- and Family-Centered Care* (2010) sebagai pendekatan untuk perencanaan, pengiriman, dan evaluasi perawatan kesehatan yang didasarkan pada kemitraan yang saling menguntungkan antara penyedia layanan kesehatan, pasien, dan keluarga. Ini mendefinisikan kembali hubungan dalam perawatan kesehatan dengan menempatkan penekanan pada berkolaborasi dengan orang-orang dari segala usia, di semua tingkat perawatan, dan di semua pengaturan perawatan kesehatan.

Henneman (2002), Perawatan yang berpusat pada keluarga adalah pendekatan filosofis untuk memberikan perawatan kepada pasien dan keluarga mereka. Premis dasar dari filosofi ini adalah bahwa pasien adalah bagian dari "keseluruhan" yang lebih besar yang harus kita waspadai jika kita ingin memberikan perawatan sebaik mungkin. Perawatan yang berpusat pada keluarga adalah perawatan yang menuntut pendekatan kolaboratif terhadap perawatan di mana semua anggota tim mendukung dan menghargai filosofi ini. Memberikan perawatan yang berpusat pada keluarga berarti kita mengakui tanggung jawab kita untuk membantu keluarga dan juga pasien selamat dari krisis penyakit. Itu berarti kita memiliki kewajiban untuk memenuhi 3 kebutuhan dasar keluarga: 1) Kebutuhan akan informasi. 2) Kebutuhan akan jaminan / dukungan, dan 3) Kebutuhan untuk berada di dekat pasien.

2.3.2 Tujuan *Family Centered Care*

Tujuan penerapan konsep *Family Centered Care* dalam perawatan anak, menurut Fretes (2012) adalah memberikan kesempatan bagi orangtua untuk merawat anak mereka selama proses hospitalisasi dengan pengawasan dari perawat sesuai dengan aturan yang berlaku.

Selain itu *Family Centered Care* juga bertujuan untuk meminimalkan trauma selama perawatan anak di rumah sakit dan meningkatkan kemandirian sehingga peningkatan kemandirian sehingga peningkatan kualitas hidup dapat tercapai. Hal itu yang diharapkan juga pada pasien dewasa yaitu peningkatan kemandirian pasien sehingga peningkatan kualitas hidup dapat tercapai.

Family Centered Care juga berperan penting dimainkan oleh keluarga pasien dalam rangkaian perawatan dalam penyakit kritis. Dimasukkannya keluarga pasien sebagai penerima perawatan yang valid dapat membantu keluarga berpartisipasi lebih aktif dengan profesional kesehatan dalam membuat keputusan tentang perawatan pasien dan dalam memberikan perawatan itu (Dodek *et al*, 2004)

2.3.3 Elemen *Family Centered Care*

Menurut Fretes (2012), terdapat beberapa elemen *Family Centered Care*, yaitu:

- a. Perawat menyadari bahwa keluarga adalah bagian yang konstan dalam kehidupan anak, sementara sistem layanan dan anggota dalam sistem tersebut berfluktuasi

- b. Memfasilitasi kerjasama antara keluarga dan perawat di semua tingkat pelayanan kesehatan, merawat anak secara individual, pengembangan program, pelaksanaan dan evaluasi serta pembentukan kebijakan
- c. Menghormati keanekaragaman ras, etnis budaya dan sosial ekonomi dalam keluarga
- d. Mengakui kekuatan keluarga dan individualitas serta memperhatikan perbedaan mekanisme coping dalam keluarga, sehingga *Family Centered Care* harus menggambarkan keseimbangan anak dan keluarga.
- e. Memberikan informasi yang lengkap dan jelas kepada orangtua dan secara berkelanjutan dengan dukungan penuh
- f. Mendorong dan memfasilitasi keluarga untuk saling mendukung
- g. Memahami dan menggabungkan kebutuhan dalam setiap perkembangan bayi, anak-anak, remaja dan keluarga mereka ke dalam sistem perawatan kesehatan
- h. Menerapkan kebijakan yang komprehensif dan program program yang memberikan dukungan emosional dan keuangan untuk memenuhi kebutuhan keluarga
- i. Merancang sistem perawatan kesehatan yang fleksibel, dapat dijangkau dengan mudah dan responsif terhadap kebutuhan keluarga teridentifikasi

2.3.4 Prinsip *Family Centered Care*

Prinsip FCC menurut Potter & Perry (2007):

- a. Martabat dan kehormatan

Praktisi keperawatan mendengarkan dan menghormati pandangan dan pilihan pasien. Pengetahuan, nilai, kepercayaan dan latar belakang budaya pasien dan keluarga bergabung dalam rencana dan intervensi keperawatan.

b. Berbagi Informasi

Praktisi keperawatan berkomunikasi dan memberitahukan informasi yang berguna bagi pasien dan keluarga dengan benar dan tidak memihak kepada pasien dan keluarga. Pasien dan keluarga menerima informasi setiap waktu, lengkap, akurat agar dapat berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan.

c. Partisipasi

Pasien dan keluarga termotivasi berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan sesuai dengan kesepakatan yang telah mereka buat.

d. Kolaborasi

Pasien dan keluarga juga termasuk ke dalam komponen dasar kolaborasi. Perawat berkolaborasi dengan pasien dan keluarga dalam pengambilan kebijakan dan pengembangan program, implementasi dan evaluasi, desain fasilitas kesehatan dan pendidikan profesional terutama dalam pemberian perawatan.

2.4 Konsep Keperawatan Jantung Terpadu

2.4.1 Keperawatan Jantung Terpadu

Keperawatan jantung dan pembuluh darah merupakan bagian integral dari pelayanan/asuhan keperawatan profesional (*profesional nursing care*) yang memiliki *specialistic body of knowledge* dan keahlian khusus bidang jantung dan pembuluh darah. Keahlian bidang jantung dan pembuluh darah tersebut harus dikuasai oleh perawat jantung dan pembuluh darah yang melakukan praktik keperawatan jantung dan pembuluh darah dengan lingkup praktik yang meliputi: promotif, preventif, intervensi keperawatan (akut, kronik dan kritis), rehabilitatif dan paliatif (Kemenkes, 2015).

2.4.2 Akses dan Keterpaduan Pelayanan Keperawatan Jantung

1. Akses Pelayanan Keperawatan

Organisasi pelayanan keperawatan jantung dan pembuluh darah memiliki proses alur masuk pasien rawat yang dilaksanakan sesuai dengan kebijakan internal rumah sakit.

2. Pasien Gawat Darurat

Pasien yang memerlukan pelayanan gawat darurat jantung dan pembuluh darah diprioritaskan untuk dilakukan pengkajian dan penanganan segera oleh perawat.

3. Pasien Rawat Inap

Kebutuhan pasien rawat inap dikaji dan diprioritaskan berdasarkan kondisi kesehatan pada saat pasien masuk.

4. Pelayanan Intensif

Organisasi pelayanan keperawatan jantung dan pembuluh darah membuat kriteria pasien masuk dan pasien rujukan yang memerlukan pelayanan intensif.

5. Pelayanan Keperawatan Berkelanjutan

Organisasi pelayanan keperawatan jantung dan pembuluh darah menetapkan kebijakan dan proses pelayanan pasien berkelanjutan dan berkoordinasi dengan profesi kesehatan lain.

6. Pelayanan Pasien Pulang, Meninggal, Rujukan dan *Follow Up*

Organisasi pelayanan keperawatan jantung dan pembuluh darah memiliki kebijakan, proses dan protokol pasien pulang, meninggal, rujukan dan *follow up*.

7. Pemindahan Pasien

Organisasi pelayanan keperawatan jantung dan pembuluh darah membuat kebijakan, prosedur dan protokol tentang pemindahan pasien di dalam maupun keluar rumah sakit. (Kemenkes, 2015)

2.4.3 Peran dan Kompetensi Perawat Klinik Jantung

Dalam kasus gagal jantung, studi awal melaporkan pengurangan risiko rawat inap ketika seorang perawat memainkan peran sentral dalam program manajemen gagal jantung multidisiplin. Dalam program semacam itu, perawat mendukung manajemen pasien dalam periode rentan setelah keluar dari rumah sakit. Peran mereka termasuk memberi pasien dan keluarga pendidikan, mengoptimalkan pengobatan, dan memantau indikator awal dekompensasi klinis. (Riley *et al*, 2016). *European Society of Cardiology* (ESC) telah mengembangkan rekomendasi untuk perawatan yang harus diterima oleh pasien gagal jantung. Ini membutuhkan tim yang terdiri dari staf medis dan keperawatan yang sangat berpengetahuan dan terampil.

Tujuan pembelajaran khusus dari kurikulum perawat gagal jantung diantaranya adalah:

1. Mengenali pasien dengan dugaan gagal jantung dan memiliki kesadaran kritis akan pemicu penurunan klinis
2. Dapat Mengkaji dan memantau gejala dan tanda umum
3. Menerapkan teori pendidikan untuk mengembangkan, mengimplementasikan dan mengevaluasi pendidikan pasien gagal jantung dan keluarga yang efektif
4. Memberikan saran perawatan diri dan gaya hidup (termasuk diet, olahraga, dan perjalanan)

5. Mengelola penggunaan terapi farmakologis dan perangkat secara efektif
6. Secara kompeten dan cepat menilai kebutuhan dan memberikan perawatan kepada pasien dengan gagal jantung akut
7. Mengidentifikasi kebutuhan untuk, mengoordinasikan dan memberikan perawatan di akhir kehidupan kepada pasien dan keluarga mereka
8. Mengenali pentingnya komorbiditas pada gagal jantung dan merencanakan dan berikan perawatan pasien secara individual
9. Mengidentifikasi kebutuhan dan memahami strategi baru dalam manajemen gagal jantung lanjut, seperti dukungan peredaran darah mekanis dan transplantasi jantung
10. Kepemimpinan dalam keperawatan gagal jantung

Pelayanan keperawatan jantung dan pembuluh darah dilaksanakan oleh perawat berlisensi, berpendidikan, berpengalaman dan mampu memperlihatkan praktik keperawatan serta bertanggung jawab penuh dan bertanggung gugat dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan jantung dan pembuluh darah. Perawat jantung juga harus memiliki kualifikasi sesuai dengan aturan yang berlaku. Berikut kualifikasi berdasarkan jenjang karir profesional perawat klinik jantung yang telah diatur dalam Permenkes RI Nomor 10 Tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit Khusus:

1. Perawat Klinik I (PK I)

Perawat Klinik I (*Novice*) adalah perawat lulusan D-III Keperawatan atau Ners dengan pengalaman kerja dengan pengalaman kerja ≥ 1 tahun dan mempunyai sertifikat pra klinik. Rentang waktu menjalani masa klinik level I untuk perawat lulusan D-III Keperawatan selama 3 - 6 tahun atau Ners selama 2 - 4 tahun.

2. Perawat Klinik II (PK II)

Perawat klinik II (*Advance Beginner*) adalah perawat lulusan D-III Keperawatan dengan pengalaman kerja ≥ 4 tahun atau Ners dengan pengalaman kerja ≥ 3 tahun dan mempunyai sertifikat PK I. Rentang waktu menjalani masa klinik level II untuk perawat lulusan D-III Keperawatan selama 6 - 9 tahun atau Ners selama 4 - 7 tahun.

3. Perawat Klinik III (PK III)

Perawat klinik III (*competent*) adalah perawat lulusan D-III Keperawatan dengan pengalaman kerja ≥ 10 tahun atau Ners dengan pengalaman kerja ≥ 7 tahun dan mempunyai sertifikat PK II atau Ners Spesialis KMB dengan pengalaman kerja 0 tahun. Rentang waktu menjalani masa klinik level III untuk perawat lulusan D-III Keperawatan selama 9 - 12 tahun atau Ners selama 6 - 9 tahun atau Ners Spesialis KMB selama 2 - 4 tahun.

4. Perawat Klinik IV (PK IV)

Perawat klinik IV (*Proficient*) adalah perawat lulusan Ners dengan pengalaman kerja ≥ 13 tahun atau Ners Spesialis KMB dengan pengalaman kerja ≥ 2 tahun dan mempunyai sertifikat PK III. Rentang waktu menjalani masa klinik level IV untuk perawat lulusan Ners selama 9 – 12 tahun atau Ners Spesialis KMB selama 6 – 9 tahun.

5. Perawat Klinik V (PK V)

Perawat klinik V (*Expert*) adalah perawat lulusan Ners Spesialis KMB dengan pengalaman kerja ≥ 4 tahun dan mempunyai sertifikat PK IV atau Ners Spesialis II (Konsultan) dengan pengalaman kerja 0 tahun

2.5 Konsep Gagal Jantung

2.5.1 Pengertian Gagal Jantung

Gagal jantung dapat didefinisikan sebagai abnormalitas dari fungsi struktural jantung atau sebagai kegagalan jantung dalam mendistribusikan oksigen sesuai dengan yang dibutuhkan pada metabolisme jaringan, meskipun tekanan pengisian normal atau adanya peningkatan tekanan pengisian (Mc Murray *et al*, 2012).

2.5.2 Klasifikasi Gagal Jantung

Berdasarkan *American Heart Association* (Yancy *et al*, 2013), klasifikasi dari gagal jantung yaitu sebagai berikut :

a. Stage A

Stage A merupakan klasifikasi dimana pasien mempunyai resiko tinggi, tetapi belum ditemukannya kerusakan struktural pada jantung serta tanpa adanya tanda dan gejala (*symptom*) dari gagal jantung tersebut. Pasien yang didiagnosa gagal jantung stage A umumnya terjadi pada pasien dengan hipertensi, penyakit jantung koroner, diabetes melitus, atau pasien yang mengalami keracunan pada jantungnya (*cardiotoxin*).

b. Stage B

Pasien dikatakan mengalami gagal jantung stage B apabila ditemukan adanya kerusakan struktural pada jantung tetapi tanpa menunjukkan tanda dan gejala dari gagal jantung tersebut. Stage B pada umumnya ditemukan pada pasien dengan infark miokard, disfungsi sistolik pada ventrikel kiri ataupun penyakit valvular asimtomatik.

c. Stage C

Stage C menunjukkan bahwa telah terjadi kerusakan struktural pada jantung bersamaan dengan munculnya gejala sesaat ataupun setelah terjadi kerusakan. Gejala yang timbul dapat berupa nafas pendek, lemah, tidak dapat melakukan aktivitas berat.

d. Stage D

Pasien dengan stage D adalah pasien yang membutuhkan penanganan ataupun intervensi khusus dan gejala dapat timbul bahkan pada saat keadaan istirahat, serta pasien yang perlu dimonitoring secara ketat

The New York Heart Association (Yancy *et al*, 2013) mengklasifikasikan gagal jantung dalam empat kelas, meliputi:

a. Kelas I

Aktivitas fisik tidak dibatasi, melakukan aktivitas fisik secara normal tidak menyebabkan *dyspnea*, kelelahan, atau *palpitasi*.

b. Kelas II

Aktivitas fisik sedikit dibatasi, melakukan aktivitas fisik secara normal menyebabkan kelelahan, *dyspnea*, *palpitasi*, serta angina pektoris (*mild CHF*).

c. Kelas III

Aktivitas fisik sangat dibatasi, melakukan aktivitas fisik sedikit saja mampu menimbulkan gejala yang berat (*moderate CHF*).

d. Kelas IV

Pasien dengan diagnosa kelas IV tidak dapat melakukan aktivitas fisik apapun, bahkan dalam keadaan istirahat mampu menimbulkan gejala yang berat (*severe CHF*).

Klasifikasi gagal jantung baik klasifikasi menurut AHA maupun NYHA memiliki perbedaan yang tidak signifikan. Klasifikasi menurut AHA berfokus pada faktor resiko dan abnormalitas struktural jantung, sedangkan klasifikasi menurut NYHA berfokus pada pembatasan aktivitas dan gejala yang ditimbulkan yang pada akhirnya kedua macam klasifikasi ini menentukan seberapa berat gagal jantung yang dialami oleh pasien.

2.5.3 Penatalaksanaan Gagal Jantung

a. Managemen Non Farmakologi

Salah satu manajemen utama pada pasien gagal jantung adalah dengan melakukan perawatan secara mandiri. Manajemen perawatan mandiri mempunyai peran dalam keberhasilan pengobatan gagal jantung dan dapat memberi dampak bermakna perbaikan gejala gagal jantung, kapasitas fungsional, kualitas hidup, morbiditas dan prognosis (Perki, 2015). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa hasil perawatan pada pasien gagal jantung lebih baik pada pasien yang terlibat dalam perawatan diri secara konsisten. Perawatan diri (*Self-Care*) pada pasien gagal jantung antara lain meliputi meminum obat secara teratur, menurunkan konsumsi garam dalam diet, olah raga secara rutin, dan melakukan monitoring gejala secara rutin (Riegel, Moser, dkk., 2009). Perawatan mandiri tersebut diantaranya dengan:

1. Ketaatan pasien berobat

Ketaatan pasien berobat dapat menurunkan morbiditas, mortalitas, dan kualitas hidup pasien. Berdasarkan literature hanya 20-60% pasien yang taat pada terapi farmakologi atau non farmakologi.

2. Pemantauan berat badan mandiri

Pasien harus dapat memantau berat badan rutin setiap hari, jika terdapat kenaikan berat badan > 2 kg dalam 3 hari, pasien harus menaikkan dosis diuretik atas pertimbangan dokter (Kelas rekomendasi I, tingkatan bukti C)

3. Asupan cairan

Restriksi cairan 1,5- 2 liter/ hari dan pembatasan asupan garam dianjurkan pada pasien. dipertimbangkan terutama pada pasien dengan gejala berat yang disertai dengan hiponatremia. Restriksi cairan rutin pada semua pasien dengan gejala ringan sampai sedang tidak memberikan keuntungan klinis (kelas rekomendasi IIb, tingkatan bukti C)

4. Pengurangan berat badan

Pengurangan BB pasien obesitas ($IMT > 30 \text{ kg/m}^2$) dengan gagal jantung perlu dipertimbangkan untuk mencegah perburukan gagal jantung, mengurangi gejala dan meningkatkan kualitas hidup (kelas rekomendasi IIa, tingkatan bukti C)

5. Kehilangan berat badan tanpa rencana

Malnutrisi klinis atau subklinis umum dijumpai pada gagal jantung berat. Kaheksi jantung (*cardiac cachexia*) merupakan prediktor penurunan angka kelangsungan hidup. Jika selama 6 bulan terakhir berat badan $> 6\%$ dari berat badan stabil sebelumnya tanpa disertai retensi cairan, pasien

didefinisikan sebagai kaheksia. Status nutrisi pasien harus dihitung dengan hati-hati (kelas rekomendasi I, tingkatan bukti C)

6. Latihan fisik

Latihan fisik direkomendasikan kepada semua pasien gagal jantung kronik stabil. Program latihan fisik memberikan efek yang sama baik dikerjakan di rumah sakit atau di rumah (kelas rekomendasi I, tingkatan bukti A)

7. Aktivitas seksual

Penghambat *5-phosphodiesterase* (contoh: sildenafil) mengurangi tekanan pulmonal tetapi tidak direkomendasikan pada gagal jantung lanjut dan tidak boleh dikombinasikan dengan preparat nitrat (kelas rekomendasi III, tingkatan bukti B)

b. Manajemen Farmakologi

Menurut University of California San Francisco, sejumlah obat diresepkan untuk gagal jantung, dan sebagian besar pasien akan minum lebih dari satu obat. Obat dapat diresepkan untuk melebarkan pembuluh darah, memperkuat aksi pemompaan jantung, mengurangi air dan natrium dalam tubuh untuk mengurangi beban kerja jantung. Jenis obat meliputi:

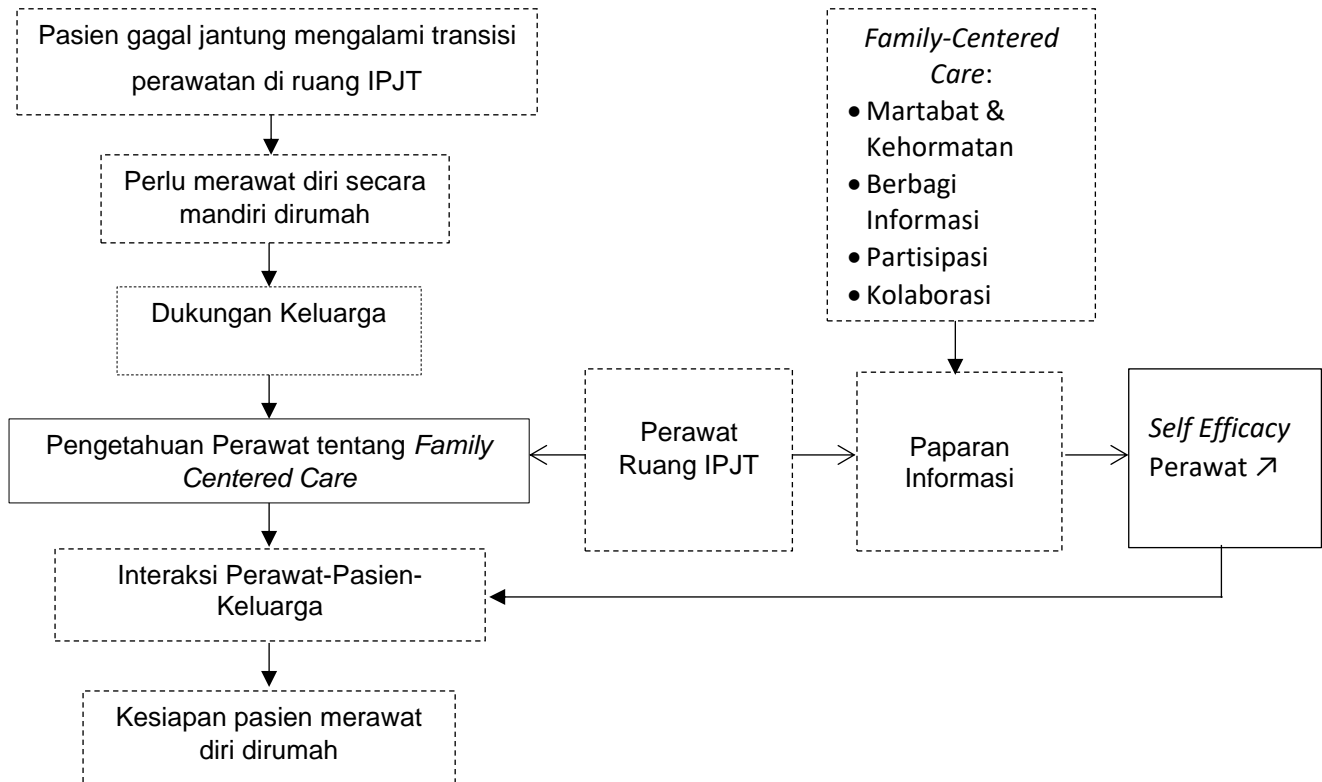
1. *Angiotensive converting enzyme* (ACE) inhibitor, yang melebarkan, atau memperluas, arteri, meningkatkan aliran darah dan membuatnya sehingga jantung tidak harus memompa sekeras itu. ACE-Inhibitor menetralkan aksi senyawa tertentu yang dibentuk oleh tubuh untuk mengatur gagal jantung tetapi yang dapat berkontribusi terhadap perkembangan penyakit.
2. *Beta-blocker* menurunkan tekanan darah dan mengurangi serta memblokir efek hormon berbahaya yang dapat menyebabkan perkembangan penyakit.

3. Diuretik atau pil air membantu ginjal menghasilkan lebih banyak urin dan membersihkan kelebihan cairan tubuh, yang dapat membuat jantung stres.
4. Spironolakton adalah diuretik yang mempertahankan kalium dan telah terbukti mengurangi rawat inap dan memperpanjang hidup bila digunakan untuk mengobati gagal jantung lanjut.
5. Suplemen kalium dan magnesium sering diresepkan dengan diuretik untuk menggantikan mineral ini, yang diekskresikan dalam urin.
6. Digoxin membuat jantung berdetak lebih kuat dan lebih lambat, dan mengatur irama kontraksi.
7. Obat antiaritmia mengobati irama jantung yang abnormal.

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Bagan: 3.1 Pengaruh Pengetahuan tentang *Family Centered Care* Terhadap *Self Efficacy* Perawat Pada Perawatan Mandiri Pasien Gagal Jantung Di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang

Keterangan:

: Diteliti

: Tidak di teliti

3.2. Deskripsi Kerangka Konsep

Pasien gagal jantung yang di rawat mengalami transisi perawatan dari perawatan selama di rumah sakit ke perawatan setelah keluar atau perawatan di rumah. Setelah keluar dari rumah sakit pasien perlu merawat diri secara mandiri di rumah. Selain pasien, keluarga juga dapat membantu pasien agar dapat merawat diri untuk itu dibutuhkan dukungan keluarga.

Agar dapat melibatkan keluarga dalam perawatan mandiri pasien gagal jantung, perawat membutuhkan pengetahuan mengenai *family centered-care* (FCC). Pengetahuan FCC perlu diberikan dengan memuat beberapa komponen *family centered-care* yaitu martabat & kehormatan, berbagi informasi, partisipasi dan kolaborasi. Pengetahuan mengenai FCC ini dibutuhkan perawat agar memiliki keyakinan (*self-efficacy*) untuk dapat melibatkan keluarga dalam perawatan. Semakin meningkatnya pengetahuan perawat mengenai FCC maka akan semakin tinggi pula *self-efficacy* perawat sehingga interaksi antara perawat, pasien dan keluarga lebih efektif dan pasien menjadi lebih siap untuk melakukan perawatan secara mandiri.

3.3. Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini yaitu, terdapat pengaruh pengetahuan tentang *Family Centered Care* terhadap *self efficacy* perawat pada perawatan mandiri pasien gagal jantung di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang.

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *True Eksperiment* dengan pendekatan *pretest* dan *post-test control grup design*. Dalam desain ini kedua kelompok diberi tes awal (*pretest*) dengan tes yang sama. Kemudian kelompok eksperimen diberi perlakuan khusus yaitu edukasi pengetahuan *Family Centered Care*, sedangkan kelompok kontrol tidak diberikan perlakuan atau pengetahuan individu masing-masing. Setelah diberi perlakuan kedua kelompok dites dengan tes yang sama sebagai tes akhir (*post-test*) dan hasil kedua tes akhir dibandingkan, demikian juga antara hasil tes awal dengan tes akhir pada masing-masing kelompok.

Tabel 4.1 Rancangan Penelitian

Kelompok	<i>Pretest</i>	Perlakuan	<i>Post-test</i>
Eksperimen	O ₁	X	O ₂
Kontrol	O ₃		O ₄

Sumber: Sugiyono, 2012: 112

Keterangan:

O₁ dan O₃ : kelompok eksperimen dan kelompok kontrol sama-sama diberikan *pretest* untuk mengetahui pengetahuan perawat

tentang *Family Centered Care* (FCC) dan *self efficacy* perawat

X : *treatment*, yaitu perlakuan berupa edukasi tentang *Family Centered Care* (FCC) pada kelompok eksperimen

O₂ : *post-test* pada kelompok eksperimen setelah diberi edukasi tentang *Family Centered Care* (FCC)

O₄ : *post-test* pada kelompok kontrol yang tidak diberi edukasi
Family Centered Care (FCC)

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah perawat rawat inap di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang yaitu Ruang 5A, 5B, dan CVCU pada bulan November 2019 sebanyak 48 perawat.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel dalam penelitian ini adalah perawat yang bekerja di ruang rawat inap di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *probability sampling* dengan pendekatan *random sampling* yaitu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel secara acak dibantu dengan aplikasi “*Group Maker*” yang dapat diunduh di handphone android. Sampel diambil dari perawat yang bekerja di ruang rawat inap di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu sesuai dengan kriteria inklusi yang telah dibuat oleh peneliti sehingga didapatkan sampel yang dibutuhkan. Besaran sampel minimal untuk penelitian eksperimental ditentukan berdasarkan rumus sebagai berikut (Supranto, 2000).

$$\{t-1\} \{n-1\} \geq 15$$

Keterangan :

t = Jumlah kelompok perlakuan

n = Besaran sampel

Berdasarkan rumus di atas, perhitungan besaran sampel pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

$$(t-1) (n-1) \geq 15$$

$$(1-1) (n-1) \geq 15$$

$$n-1 \geq 15/0$$

$$n \geq 16$$

Berdasarkan perhitungan besaran sampel, dibutuhkan minimal 16 responden pada setiap kelompok. Namun untuk menghindari responden yang *dropout*, maka perlu ditambahkan 10% dari jumlah sampel yang didapat, yaitu sebagai berikut (Notoatmojo, 2003):

$$n_2 = n_1 + (n_1 \times 10\%)$$

n_2 : jumlah sampel minimal ditambah dengan substitusi 10% dari jumlah sampel minimal. Substitusi adalah jumlah subjek dalam persen yang mungkin *dropout*.

$$n_2 = 16 + (16 \times 10\%) = 17,6 = 18 \text{ perawat}$$

Berikut ini adalah kriteria inklusi dan eksklusi sampel dalam penelitian:

1. Kriteria inklusi

- a) Pendidikan minimal D-III Keperawatan.
- b) Bekerja di ruang rawat inap IPJT RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang dengan masa kerja minimal 1 tahun.
- c) Bersedia menjadi responden.

2. Kriteria eksklusi

Perawat yang tidak hadir karena izin, sakit dan sedang cuti (hamil dan melahirkan).

4.3 Variabel Penelitian

Variabel merupakan sesuatu yang bervariasi (Saryono, 2011). Variabel dalam penelitian ini terdiri dari variabel bebas (*independent*) dan variabel terikat (*dependent*). Definisi operasional merupakan definisi variabel secara operasional

yang diukur secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena dengan menggunakan parameter tertentu (Hidayat, 2007).

4.3.1 Variabel Independen

Dalam penelitian ini yang menjadi variabel Independen adalah pengetahuan perawat tentang *Family Centered Care* pada perawatan mandiri pasien gagal jantung

4.3.2 Variabel Dependen

Dalam penelitian ini yang menjadi variabel Dependen adalah *Self Efficacy* perawat

4.4. Lokasi dan Waktu Penelitian

4.4.1 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian yang dipilih peneliti adalah ruang rawat inap di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang yang meliputi ruang CVCU, 5A dan 5B

4.4.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Agustus sampai dengan Desember 2019

4.5. Bahan dan Instrumen Penelitian

4.5.1 Intervensi

Intervensi yang diberikan dalam penelitian ini adalah dengan pemberian edukasi oleh tutor yang memahami mengenai *Family Centered Care*. Edukasi diberikan dengan menggunakan satuan acara pembelajaran (SAP) tentang pengertian FCC, pentingnya FCC, keuntungan FCC, konsep inti FCC dan peran

perawat dalam FCC. Media yang digunakan dalam penelitian ini adalah: *Power Point* dan booklet.

4.5.2 Alat Ukur Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuisioner. Secara umum, terdapat 3 jenis kuisioner yaitu kuisioner data demografi yang berisi inisial nama, jenis kelamin, usia responden, pendidikan terakhir, lama bekerja, dan status pernikahan responden. Selain itu terdapat kuisioner pengetahuan tentang *Family Centered Care* diadopsi dari hasil tugas akhir (Santoso, 2018) dan kuisioner *Self Efficacy* diadopsi dari *General Self Efficacy* (Schwarzer *et al*, 2002). Kuisioner yang diadopsi peneliti telah dimodifikasi dan disesuaikan dengan keperluan penelitian, sehingga terbentuk kisi-kisi instrumen sebagai berikut :

Tabel 4.2 Kisi-Kisi Instrumen

No	Variabel	Sub variable	Jumlah soal	No soal	Skoring x jumlah soal
1.	Pengetahuan Perawat tentang <i>Family Centered Care</i>	1. Pengertian FCC	1	1	1 x 1 = 1
		2. Pentingnya FCC	1	2	1 x 1 = 1
		3. Keuntungan FCC	3	3,9,10	1 x 3 = 3
		4. Konsep Inti FCC	3	4,5,6	1 x 3 = 3
		5. Peran Perawat dalam FCC	2	7,8	1 x 2 = 2
2.	<i>Self Efficacy</i> Perawat	1. Aspek <i>Level</i>	3	1, 2, 3	SS=4, S=3, TS=2, STS=1
		2. Aspek <i>Strength</i>	3	4, 5, 6	SS=4, S=3, TS=2, STS=1
		3. Aspek <i>Generality</i>	4	7, 8, 9, 10	SS=4, S=3, TS=2, STS=1

4.5.3 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

4.5.3.1 Uji Validitas

Pengujian validitas dilakukan pada kuisioner pengetahuan pada tanggal 10 Oktober 2019. Untuk kuisioner *self efficacy* yang diadopsi dari *General Self Efficacy* (Schwarzer *et al*, 2002) telah teruji secara Internasional dan di Indonesia dengan nilai 0,373 – 0,573 (Rahmawati, 2017). Pengujian validitas kuisioner pengetahuan *Family Centered Care* yang diadopsi dari hasil tugas akhir (Santoso, 2018) dilakukan di Ruang ICU RSUD dr. Saiful Anwar Kota Malang dengan sampel 15 orang responden. Hasil data yang didapat dianalisis dengan Teknik korelasi *pearson product moment*. Hasil pernyataan dianggap valid jika apabila r hitung lebih besar dari r tabel (≥ 0.514). Dari 10 pertanyaan yang diujicobakan menunjukkan bahwa tidak ditemukan item pertanyaan dengan $r \leq 0.514$ untuk kuisioner ini sehingga dapat disimpulkan bahwa kuisioner ini dinyatakan valid.

4.5.3.2 Uji Reliabilitas

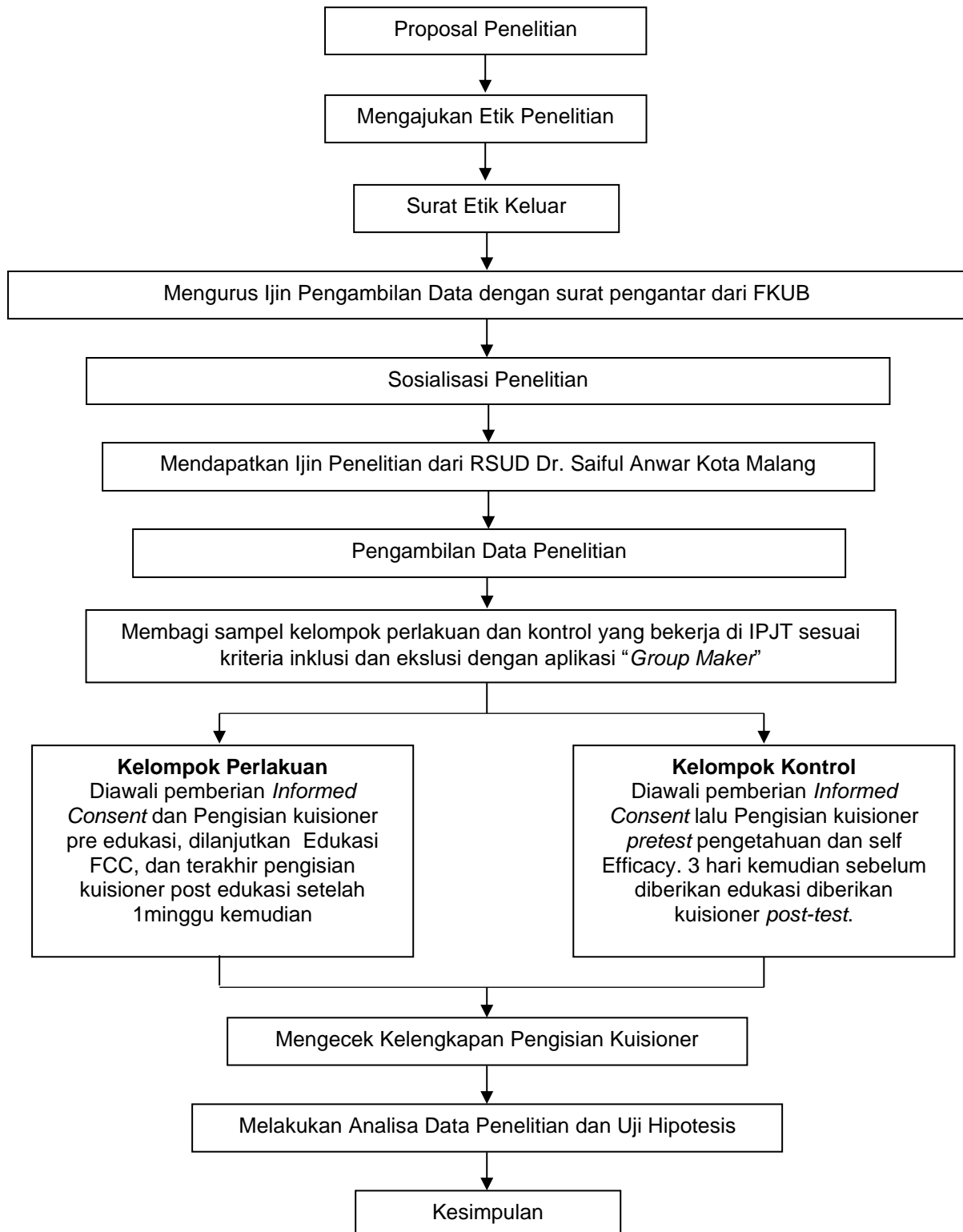
Pengujian reliabilitas dilakukan pada kuisioner pengetahuan pada tanggal 10 Oktober 2019. Untuk kuisioner *self efficacy* yang diadopsi dari *General Self Efficacy* (Schwarzer *et al*, 2002) telah teruji koefisien reliabilitas skala *Self Efficacy* ini yaitu 0.75 sampai 0.90 (Rahmawati, 2017). Uji reliabilitas kuisioner pengetahuan ini dilaksanakan di Ruang ICU RSUD dr. Saiful Anwar Kota Malang dengan sampel 15 orang responden. Hasil data dianalisis dengan menggunakan Teknik *Cronbach alpha*. Untuk kuisioner pengetahuan *Family Centered Care* diperoleh koefisien *Cronbach alpha* sebesar 0.860 (> 0.60) sehingga dapat disimpulkan bahwa semua pertanyaan dalam kuisioner yang digunakan dalam penelitian ini dinyatakan telah reliabel.

4.6. Definisi Operasional

Tabel 4.3 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Hasil Ukur
Pengetahuan Perawat tentang Family Centered Care	Pemahaman perawat tentang teori maupun aplikasi FCC meliputi pengertian FCC, pentingnya FCC, keuntungan penerapan FCC, konsep inti FCC, dan peran perawat dalam penerapan FCC.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian FCC 2. Pentingnya FCC 3. Keuntungan FCC 4. Konsep Inti FCC 5. Peran Perawat dalam FCC 	Kuisisioner (Santoso, 2018 yang dimodifikasi peneliti)	Ordinal	<p>Hasil ukuran dilihat dari:</p> $\frac{\text{Skor yang didapatkan} \times 100}{\text{Skor total}}$ <ol style="list-style-type: none"> 1. Baik: 76-100% 2. Cukup: 56-75% 3. Kurang: <55%
Tingkat Keyakinan Diri (Self Efficacy) perawat	Keyakinan yang dimiliki perawat akan kemampuannya dalam melaksanakan tugas yang dibebankan sesuai dengan yang diharapkan	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Level</i> : tingkatan kesulitan yang dihadapi, tingkatan kesusahan dari suatu masalah. 2. <i>Generality</i> : Berhubungan bagaimana individu mengatasi masalah dengan membandingkan masalah tersebut dengan masalah sebelumnya. 3. <i>Strength</i> : Kekuatan yang dimunculkan ketika menghadapi sebuah masalah, daya juang, serta <i>inner strength</i> 	Kuisisioner (Schwarzer <i>et al</i> , 2002)	Interval	Pada masing-masing topik pertanyaan mempunyai alternative jawaban sangat tidak setuju (Skor 1), tidak setuju (Skor 2), setuju (Skor 3), sangat setuju (Skor 4). Jumlah Pertanyaan 10 dengan skor minimal 10 maksimal 40.

4.7. Prosedur penelitian



Bagan 4.1 Diagram Prosedur Penelitian

4.7.1 Prosedur Administrasi

1. Mengajukan surat permohonan ijin penelitian kepada Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya yang ditujukan kepada RSUD Dr Saiful Anwar Kota Malang
2. Menyerahkan surat ijin penelitian dari RSUD Dr Saiful Anwar Kota Malang
3. Melakukan sosialisasi penelitian di RSUD Dr Saiful Anwar Kota Malang
4. Mendapatkan surat ijin penelitian dari RSUD Dr Saiful Anwar Kota Malang untuk melakukan penelitian di IPJT RSUD dr Saiful Anwar Kota Malang yaitu di Ruang CVCU, 5A, dan 5B untuk melaksanakan penelitian di ruang rawat inap.

4.7.2 Prosedur Teknis

1. Pengumpulan data dilakukan di RSUD dr Saiful Anwar Malang di IPJT RSUD dr Saiful Anwar Kota Malang yaitu di Ruang CVCU, 5A, dan 5B setelah mendapatkan surat ijin penelitian
2. Peneliti membuat jadwal dengan tutor yang akan menjelaskan / mengedukasi *Family Centered Care*
3. Melakukan pembagian sampel dengan aplikasi “*group maker*” untuk menentukan responden kelompok perlakuan dan kelompok kontrol lalu membuat undangan
4. Pada saat hari edukasi, peneliti memperkenalkan diri, menjelaskan maksud dan tujuan penelitian kepada responden untuk meminta kesediaan untuk menjadi responden
5. Setelah responden menyetujui untuk ikut penelitian, peneliti akan mengambil data sekitar 15 menit menggunakan kuesioner demografi,

kuesioner FCC dan kuesioner GSE yang telah dimodifikasi pada kelompok perlakuan

6. Pada responden kelompok kontrol, pemberian *informed consent* dan *pretest* diberikan 3 hari sebelum edukasi mengenai FCC dilakukan
7. Responden kelompok perlakuan menerima edukasi mengenai FCC dari tutor yang ditunjuk selama ± 20 menit dan 10 menit untuk sesi tanya jawab
8. Untuk responden kelompok kontrol diberikan edukasi FCC 3 hari setelah *pretest* dan mengisi *post-test* sebelum diberikan edukasi
9. Satu minggu setelah kegiatan, peneliti memberikan kuisisioner *post-test* menggunakan kuesioner demografi, kuesioner FCC dan kuesioner GSE yang telah dimodifikasi pada kelompok perlakuan
10. Setelah selesai responden mengisi kuesioner yang diberikan, peneliti mengecek kembali kelengkapan pengisian kuesioner
11. Peneliti mengumpulkan hasil pengambilan data selanjutnya diolah dan dianalisa

4.8. Analisa Data

4.8.1 Pra Analisa

Pada proses pre analisis, data yang didapat diolah melalui tahapan *editing, coding, scoring, processing (data entry)*, dan tabulasi

1. Editing

Peneliti melakukan koreksi atau pengecekan data hasil *pretest* dan *posttest* pada lembar kuesioner yang telah terkumpul. Jika ada data yang tidak lengkap responden dapat diminta untuk melengkapi jika memungkinkan atau memasukan dalam "*data missing*". Pada penelitian

ini, tidak ditemukan “*data missing*” sehingga semua data yang diperoleh saat penelitian diolah dan dianalisa

2. Coding

Setelah dikoreksi, Peneliti memberikan kode untuk kelompok perlakuan yang terdiri dari: E1 untuk kuesioner *pretest* dan E2 untuk kuesioner hasil *post-test*. Untuk kelompok kontrol K1 untuk kuesioner *pretest* dan K2 untuk kuesioner *post-test*. Jawaban responden diklasifikasikan dan diberikan kode agar memudahkan dalam melakukan analisis.

a. Data demografi

- 1) Jenis kelamin: Laki-laki: kode 1, perempuan: kode 2.
- 2) Usia 18-25 tahun: kode 1, usia 25-38 tahun: kode 2, usia 38-65 tahun: kode 3
- 3) Pendidikan terakhir: D3: kode 1, D4 / S1: kode 2, S2: kode 3
- 4) Lama Bekerja: 1 – 3 Tahun: kode 1, 3 – 5 Tahun: kode 2, > 5 Tahun: kode 3
- 5) Status Pernikahan: Belum Menikah: kode 1, Sudah Menikah: kode 2

3. Scoring

Peneliti memberikan skor tiap item pengetahuan *Family Centered Care* dan *Self Efficacy* sesuai dengan nilai yang sudah ditentukan, kemudian skor dijumlahkan per domain. Skor tertinggi untuk pengetahuan FCC adalah 10 dan terendah adalah 0. Skor tertinggi *Self Efficacy* adalah 40 dan skor terendah adalah 10.

4. *Processing*

Processing data merupakan kegiatan memasukkan data pada database komputer.

5. *Tabulating*

Data yang didapat kemudian dilakukan tabulasi data ke dalam SPSS 23 sesuai dengan variabel masing-masing dan disajikan dalam bentuk tabel sesuai dengan variabel..

4.8.2 Analisis Data

4.8.2.1 Analisis Univariat

Analisa Univariat digunakan untuk menjabarkan secara deksriptif mengenai distribusi frekuensi dan proporsi variabel yang diteliti. Data yang disajikan dalam bentuk tabel berupa karakteristik responden (jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, lama bekerja dan status pernikahan). Persentase variabel pengetahuan FCC dan *self efficacy* disajikan dalam bentuk tabel dan narasi serta didasarkan pada rerata jika distribusi data normal dan simpang baku jika distribusi data tidak normal.

4.8.2.2 Analisis bivariat

Tahap analisis bivariat ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh pengetahuan tentang *Family Centered Care* terhadap *self efficacy* perawat pada perawatan mandiri pasien gagal jantung pada kelompok perlakuan. Analisis pengaruh pengetahuan tentang *Family Centered Care* terhadap *self efficacy* perawat yang digunakan adalah uji statistik *paired t-test* dengan melakukan uji normalitas data terlebih dahulu. Apabila distribusi

data tidak normal maka dilakukan uji statistik *Wilcoxon*. Analisis dilakukan dengan menggunakan program komputer SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) versi 23 for Windows dengan tingkat signifikansi 0,05. Taraf kepercayaan yang digunakan adalah 95% ($\alpha = 0,05$) yang mana nilai *P-value* (signifikansi) $< 0,05$ berarti terdapat pengaruh yang signifikan/bermakna terhadap *self efficacy* perawat sesudah diberikan edukasi *Family Centered Care*.

4.9. Prinsip Etik dalam Penelitian

Dalam penelitian ini, kelaikan etik dikeluarkan oleh komisi etik penelitian Universitas Brawijaya dengan nomor 265 / EC / KEPK / 10 / 2019. Prinsip-prinsip etika yang harus diperhatikan dalam melaksanakan penelitian adalah:

4.9.1 Menghormati orang (*Respect for person*)

Peneliti menjelaskan kepada responden tentang tujuan, manfaat, prosedur penelitian, dan resiko yang mungkin timbul dari penelitian ini. Peneliti juga menjelaskan hak-hak responden, termasuk hak untuk bersedia atau menolak untuk menjadi responden penelitian. Setelah itu peneliti akan meminta *informed consent* pada perawat yang bersedia menjadi responden. Privasi responden akan dilindungi, dengan merahasiakan identitas responden penelitian dengan cara memberikan kode pada kuesioner yang diisi responden. Data atau informasi yang disajikan hanya terbatas pada data tertentu yang berhubungan dengan masalah yang akan diteliti.

4.9.2 Kerahasiaan (*Anonymity*)

Peneliti menggunakan prinsip kerahasiaan dan *anonymity* dengan cara tidak menulis nama pada kuesioner, namun hanya menggunakan kode yang diisi oleh peneliti pada lembar observasi sebagai data yang digunakan untuk penelitian ini saja (*confidentiality*). Data penelitian akan disimpan, diolah, dan hanya dapat dibuka oleh peneliti saja serta dijaga kerahasiaanya selama berlangsungnya penelitian ini. Selanjutnya data ini akan dimusnakan jika proses penelitian ini dinyatakan telah selesai semuanya untuk menghindari hal-hal yang tidak diinginkan yang sejalan dengan prinsip privasi.

4.9.3 Berbuat Baik (*Beneficence*)

Menurut teori Beauchamp dalam Afandi (2017) mengungkapkan bahwa prinsip atau kaidah ini tidak hanya menuntut manusia memperlakukan sesamanya sebagai makhluk yang otonom dan tidak menyakiti mereka, tetapi juga dituntut agar manusia tersebut dapat menilai kebaikan orang lain selanjutnya. Tindakan tersebut diatur dalam dasar-dasar *beneficence* menuntut lebih banyak *agent* dibandingkan dengan dasar-dasar *non maleficence*. Pada penelitian ini, responden akan diberikan beberapa pertanyaan dan pendidikan kesehatan oleh peneliti sesuai dengan yang tertulis dalam kuisisioner.

4.9.4 Prinsip Tidak Merugikan (*Non-maleficence*)

Dalam penelitian ini tidak ada resiko yang fatal pada pasien atau keluarga karena perlakuan dalam penelitian ini adalah pemberian edukasi tentang *Family Centered Care* pada perawat. Pengukuran yang dilakukan

adalah pengetahuan dan *self efficacy* perawat sebelum dan setelah dilakukan pemberian edukasi tentang *Family Centered Care*.

4.9.5 Keadilan (*Justice*)

Peneliti memilih responden berdasarkan syarat, alasan atau sesuai kriteria. Penerapan prinsip keadilan diterapkan pada saat pemilihan sampel. Pemilihan sampel kelompok intervensi berdasarkan alasan yang berhubungan dengan penelitian bukan berdasarkan subjektivitas dari peneliti (Polit and Beck, 2012). Pada penelitian ini responden diperlakukan secara adil sejak sebelum, selama, hingga sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa membedakan ras, usia, status ekonomi. Untuk perlakuan juga diberikan kepada kelompok kontrol setelah selesai dilakukan pelaksanaan penelitian sehingga tidak mempengaruhi hasil penelitian. Penelitian ini juga dilaksanakan tanpa adanya diskriminasi.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA

Bab ini menguraikan data hasil penelitian secara deskriptif dan analitik tentang Pengaruh Pengetahuan Tentang *Family Centered Care* terhadap *Self Efficacy* Perawat pada Perawatan Mandiri Pasien Gagal Jantung di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang. Pengambilan data dilakukan mulai tanggal 2 Desember 2019 hingga 3 Desember 2019 dengan jumlah responden sebanyak 32 responden perawat yang bertugas di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu Ruang 5A, 5B, dan CVCU RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang yang dibagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Kelompok perlakuan berjumlah 16 orang dan kelompok kontrol berjumlah 16 orang. Penjabaran hasil secara deskriptif meliputi jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, lama bekerja, status pernikahan, pengetahuan perawat tentang *family centered care* dan *self efficacy* perawat.

Secara analitik dilakukan uji komparatif untuk melihat pengaruh pengetahuan tentang *family centered care* terhadap *self efficacy* perawat pada perawatan mandiri pasien gagal jantung di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang.

5.1. Analisa Data Univariat

5.1.1 Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik

Data karakteristik responden di tampilkan pada tabel:

Tabel 5.1 Karakteristik Responden

Karakteristik	Kelompok Eksperimen		Kelompok Kontrol		Total	
	N	%	N	%	N	%
Jenis Kelamin						
• Perempuan	10	62,5	10	62,5	20	62,5
• Laki-laki	6	37,5	6	37,5	12	37,5
Total	16	100	16	100	32	100
Usia						
• 18-25 Tahun	0	0	3	18,8	3	9,4
• 25-38 Tahun	14	87,5	12	75,0	26	81,3
• 38-60 Tahun	2	12,5	1	6,3	3	9,4
Total	16	100	16	100	32	100
Tingkat Pendidikan						
• D3	9	56,3	13	81,3	22	68,8
• D4	0	0	1	6,3	1	31,3
• S1	7	43,8	2	12,5	9	0
• S2	0	0	0	0	0	0
Total	16	100	16	100	32	100
Lama Bekerja						
• 1-3 Tahun	9	56,3	7	43,8	16	50,0
• 3-5 Tahun	1	6,3	3	18,8	4	12,5
• > 5 Tahun	6	37,5	6	37,5	12	37,5
Total	16	100	16	100	32	100
Status Pernikahan						
• Belum Menikah	2	12,5	6	37,5	8	25,0
• Sudah Menikah	14	87,5	10	62,5	24	75,0
Total	16	100	16	100	32	100

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan tabel di atas, karakteristik jenis kelamin terbanyak adalah perempuan sebanyak 20 responden (62,5%). Data karakteristik usia responden yang terbanyak berusia 25 – 38 tahun yaitu sebanyak 26 responden (81,3%). Sedangkan untuk data karakteristik berdasarkan tingkat pendidikan yang terbanyak berpendidikan Diploma 3 (D3) yaitu sebanyak 22 responden (68,8%). Untuk data karakteristik berdasarkan lama bekerja, yang terbanyak bekerja di

IPJT dengan rentang 1 – 3 tahun yaitu sebanyak 16 responden (50%) dan untuk karakteristik berdasarkan status pernikahan didapatkan data yang terbanyak yaitu responden yang sudah menikah sebanyak 24 responden (75%).

5.1.2 Pengetahuan Perawat tentang *Family Centered Care*

Berikut akan disajikan nilai pengetahuan perawat *pre* dan *post-test* pada kelompok perlakuan edukasi *Family Centered Care* dan kelompok kontrol.

Tabel 5.2 Data Pengetahuan *Pre* dan *Post-test* Semua Kelompok

Variabel	<i>Pretest</i>		<i>Posttest</i>	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Kelompok Perlakuan				
1. Pengetahuan Kurang	3	18,8	0	0
2. Pengetahuan Cukup	6	37,5	4	25,0
3. Pengetahuan Baik	7	43,8	12	75,0
Kelompok Kontrol				
1. Pengetahuan Kurang	2	12,5	2	12,5
2. Pengetahuan Cukup	7	43,8	7	43,8
3. Pengetahuan Baik	7	43,8	7	43,8
TOTAL				
1. Pengetahuan Kurang	5	15,6	2	6,3
2. Pengetahuan Cukup	13	40,6	11	34,4
3. Pengetahuan Baik	14	43,8	19	59,4

Tabel 5.2 menunjukkan pengetahuan kelompok perlakuan sesudah dilakukan intervensi yaitu responden yang berpengetahuan yang baik sebanyak 12 responden (75%) meningkat dari sebelum intervensi yaitu 7 responden (43,8%). Selain itu responden yang berpengetahuan kurang sebanyak 0 responden (0%) berkurang dari sebelum intervensi yaitu 3 responden (3%).

Tabel 5.2 juga menunjukkan pengetahuan kelompok kontrol yang tidak dilakukan intervensi tidak berubah dari hasil *pre* dan *post-test* yaitu responden yang berpengetahuan yang baik sebanyak 7 responden (43,8%), responden

yang berpengetahuan cukup sebanyak 7 responden (43,8%) dan responden yang berpengetahuan kurang sebanyak 2 (12,5%).

5.1.3 Self Efficacy Perawat tentang *Family Centered Care*

Berikut akan disajikan *self efficacy* perawat *pre* dan *post-test* pada kelompok perlakuan edukasi *Family Centered Care* dan kelompok kontrol

Tabel 5.3 Data Self Efficacy Pre dan Post test Semua Kelompok

Self Efficacy	Kelompok Kontrol		Kelompok Perlakuan	
	Median	Min – Max	Median	Min - Max
PreTest	30,00	26 - 39	30,50	19 - 40
Post-Test	30,00	26 - 39	32,00	27 - 40

Berdasarkan tabel 5.3 dapat diketahui bahwa nilai tengah *self efficacy* responden pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah adalah sama yaitu 30,00 dengan nilai minimum 26 dan nilai maksimal 39. Pada kelompok perlakuan, nilai tengah *self efficacy* responden sesudah perlakuan didapat nilai tengah yaitu 32,00 dengan nilai minimum 27 dan nilai maksimal 40, hasil nilai tengah tersebut meningkat daripada hasil sebelum perlakuan yaitu didapat nilai tengah 30,50 dengan nilai minimum 19 dan nilai maksimal 40.

5.2. Analisa Data Bivariat

5.2.1 Uji Normalitas

Uji ini dilakukan untuk mengetahui distribusi data normal atau tidak. Apabila distribusi data normal maka syarat untuk menggunakan analisis parametrik telah terpenuhi. Pada penelitian ini uji normalitas yang digunakan adalah *Saphiro-Wilk* dengan ketentuan jika *p-value* $\geq 0,05$ maka dikatakan distribusi data normal sedangkan jika *p-value* $\leq 0,05$ maka distribusi data

tidak normal. Uji normalitas *Saphiro-Wilk* dengan menggunakan SPSS 23 menunjukkan nilai signifikan *pretest* dan *post-test* pada kelompok kontrol dan perlakuan kurang dari *p-value* ($p\text{-value} \leq 0,05$). Hal ini menunjukkan distribusi data tidak normal sehingga uji parametrik yang digunakan adalah *Wilcoxon*.

5.2.2 Pengaruh Pengetahuan tentang *Family Centered Care* Terhadap *Self Efficacy* Perawat pada Kelompok Perlakuan

Untuk mengetahui sejauh mana signifikansi pengaruh pengetahuan tentang *Family Centered Care* terhadap *Self Efficacy* antara skor *pretest* dengan *post-test* maka data dianalisis dengan menggunakan *Wilcoxon Signed-Rank Test*. Kaidah yang digunakan adalah apabila nilai $p < 0,05$ maka dikatakan ada pengaruh yang signifikan dan sebaliknya, apabila nilai $p > 0,05$ maka tidak ada pengaruh yang signifikan (0,001) antara kondisi *pretest* dan *post-test*

Tabel 5.4 Hasil Uji *Wilcoxon Self Efficacy* Pada Perawat

<i>PreTest & Post-Test Self Efficacy</i>	Z	P	Keterangan
-	3,201	0,001	Signifikan

Berdasarkan data yang diperoleh di atas dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan antara hasil *self efficacy* perawat untuk *pre* dan *post-test* sehingga hipotesis yang dibuat peneliti bahwa ada pengaruh pengetahuan tentang *Family Centered Care* terhadap *Self Efficacy* perawat pada perawatan mandiri pasien gagal jantung terbukti.

BAB VI

PEMBAHASAN

Bab ini membahas tentang hasil penelitian yang sudah dilakukan yaitu mengidentifikasi pengetahuan perawat tentang *Family Centered Care*, *self efficacy* perawat tentang *Family Centered Care*, dan menganalisa pengaruh pengetahuan tentang *Family Centered Care* terhadap *Self Efficacy* perawat pada perawatan mandiri pasien gagal jantung.

6.1. Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden perawat berjenis kelamin perempuan sebanyak 20 orang (62,5%), hal ini disebabkan karena profesi perawat masih identik dengan profesi yang membutuhkan jiwa penyayang, membutuhkan kesabaran tinggi dan naluri keibuan. Hal ini dibuktikan dengan laporan data riset WHO (2019) persentase jumlah perawat perempuan di Asia Tenggara mendominasi dengan persentase 79%. Namun ditinjau dari tujuan suatu profesi keperawatan, yakni berperan dalam peningkatan layanan kesehatan masyarakat, maka pada dasarnya tidak ada perbedaan peran gender dalam profesi tersebut. Baik kaum laki-laki maupun perempuan mempunyai posisi setara dan sama-sama memiliki potensi untuk berkembang dan mengembangkan profesi ini sebagai bagian dari pengabdian mereka terhadap kemanusiaan serta usaha mereka untuk mendapatkan kehidupan yang layak (Prayoga, 2009)

Dari sudut pandang usia perawat, perawat di IPJT adalah 25-38 tahun sebanyak 26 orang (81,3%) dan data lama bekerja yang terbanyak yaitu rentang 1-3 tahun sebanyak 16 responden (50%) dimana rentang usia tersebut termasuk

tahap usia dewasa muda. Rentang usia tersebut bagi individu menuntut mereka untuk menjalankan peran yang penting di rumah, tempat kerja, dan masyarakat, serta mengembangkan sikap, nilai-nilai, dan minat yang terkait dengan peran tersebut (Kusumawati, 2011).

Karakteristik perawat berdasarkan tingkat pendidikan yang terbanyak berpendidikan Diploma 3 (D3) yaitu sebanyak 22 responden (68,8%). Pendidikan perawat memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kinerja perawat, dari hasil penelitian Faizin dan Winarsih (2008) diperoleh hasil bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan perawat terhadap kinerja perawat. Semakin tinggi pendidikan seseorang, semakin tinggi pula pengetahuan dan sikap. Selain itu masalah kinerja dapat dipengaruhi pula dari status pernikahan. Menurut Sarwono dan Soeroso (2001) menyatakan bahwa status perkawinan memiliki pengaruh nyata terhadap kinerja. Pengalaman hidup berkeluarga menimbulkan tumbuhnya sifat toleran, demokratis dan saling menghargai sesama sehingga berdampak menurunkan sifat egois pada individu tersebut. Hal tersebut sesuai dengan karakteristik berdasarkan status pernikahan perawat IPJT yang didapatkan data yang terbanyak yaitu responden yang sudah menikah sebanyak 24 responden (75%).

6.2. Pengetahuan Perawat tentang *Family Centered Care*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan *Family Centered Care* sebelum dilakukan intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan memiliki pengetahuan yang hampir sama pengetahuan yang baik (43,8%). Namun frekuensi responden dengan pengetahuan cukup dan kurang apabila dijumlahkan masih mendominasi daripada perawat dengan pengetahuan yang baik. Frekuensi tersebut dimungkinkan karena mayoritas perawat IPJT belum terpapar secara baik

dan kurang memahami tentang pengetahuan *Family Centered Care* terutama dalam perawatan mandiri pasien gagal jantung.

Tujuan utama penatalaksanaan gagal jantung ialah untuk mengembalikan kualitas hidup, mengurangi frekuensi eksaserbasi gagal jantung dan memperpanjang hidup. Tujuan sekunder ialah memaksimalkan kemandirian serta kapasitas kerja dan mengurangi biaya perawatan. Pada dasarnya keterlibatan pasien dan keluarga dalam proses terapi menjadi salah satu faktor pendukung keberhasilan terapi pada pasien gagal jantung (Brunner& Suddarth, 2009). Disitulah pentingnya penerapan *family centered care* bagi petugas kesehatan terutama perawat agar dapat melibatkan keluarga secara optimal sehingga tujuan penatalaksanaan gagal jantung tersebut dapat tercapai.

Peneliti berpendapat bahwa meskipun penerapan *family centered care* telah meluas dan terstandar baik di segala aspek keperawatan pada rumah sakit di negara-negara maju, namun penerapannya di Indonesia belum dapat diwujudkan secara ideal karena banyak petugas kesehatan terutama perawat yang belum mengerti konsep *family centered care* terutama di ruang perawatan intensif. Pendapat peneliti dikuatkan dengan hasil wawancara yang dilakukan Shinta,dkk (2015) dalam penelitiannya yang menyatakan bahwa wawancara yang dilakukan pada perawat ruang anak di Rumah Sakit Santo Yusup Bandung, mereka mengatakan bahwa materi tentang *family centered care* sudah didapatkan saat perkuliahan, tapi penerapannya belum maksimal dikarenakan belum adanya pelatihan dan standar operasional pelaksanaan pada *family centered care* serta belum ada upaya dari rumah sakit untuk melakukan program pelatihan pelaksanaan *family centered care*.

Salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang menurut Rahayu (2010) adalah paparan informasi. Hasil penelitian yang dilakukan peneliti menunjukkan bahwa pengetahuan kelompok perlakuan sesudah dilakukan intervensi edukasi tentang *Family Centered Care* yaitu responden yang berpengetahuan yang baik sebanyak 12 responden (75%) meningkat dari sebelum intervensi yaitu 7 responden (43,8%). Selain itu responden yang berpengetahuan kurang sebanyak 0 responden (0%) menurun dari sebelum intervensi yaitu 3 responden (3%). Edukasi merupakan salah satu upaya yang dilakukan untuk meningkatkan individu dan dapat meningkatkan kinerja perawat. Penelitian yang sejenis juga menyatakan hasil yang sama bahwa setelah perawat diberikan edukasi, pengetahuan responden meningkat. Menurut penelitian Habibi (2015) menyatakan bahwa terdapat pengaruh pemberian edukasi mengenai perawatan luka menggunakan *modern dressing* terhadap peningkatan pengetahuan perawat yang bekerja di ruang perawatan inap bedah dan perawatan penyakit dalam.

6.3. Self Efficacy Perawat tentang *Family Centered Care*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa *self efficacy* responden pada kelompok kontrol maupun kelompok perlakuan sebelum intervensi mempunyai nilai tengah yang hampir sama. *Self efficacy* merupakan keyakinan individu bahwa mereka memiliki kemampuan dalam mengadakan kontrol terhadap pekerjaan mereka, terhadap peristiwa lingkungan mereka sendiri (Feist & Feist, 2008), dalam konteks penelitian ini *self efficacy* dikaitkan dengan keyakinan perawat dalam menerapkan *family centered care*.

Nilai tengah *self efficacy* baik pada kelompok kontrol maupun kelompok perlakuan menunjukkan bahwa *self efficacy* perawat untuk menerapkan *family centered care* masih kurang optimal. Keadaan tersebut disebabkan pada *self*

efficacy mengacu pada keyakinan dan kemampuan individu untuk menggerakkan motivasi, kemampuan kognitif dalam aspek pengetahuan dan tindakan yang diperlukan untuk memenuhi tuntutan situasi (Gufron dan Risnawita, 2011). Notoatmodjo (2003), menyatakan bahwa pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh pendidikan yaitu suatu proses pengubahan sikap dan tatalaku seseorang melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Artinya *self efficacy* perawat yang belum optimal dalam menerapkan *family centered care* dapat disebabkan oleh kurangnya edukasi maupun pelatihan yang diperoleh tentang materi tersebut.

Hasil penelitian pada *self efficacy* responden sesudah perlakuan edukasi *family centered care* didapat yang meningkat daripada hasil sebelum perlakuan. Hasil itu sejalan dengan penelitian Thongpo (2015) menyatakan bahwa pelatihan dan pengalaman memiliki efek signifikan secara langsung pada pengetahuan, *self-efficacy*, dan ketrampilan kompresi dada bagi perawat.

Faktor-faktor yang mempengaruhi *self efficacy* perawat dalam memberikan perawatan adalah pengetahuan profesional dalam merawat pasien, pengalaman motivasi dalam merawat, dan sistem pendidikan berkelanjutan baik formal maupun informal (Alavi *et al*, 2015). Pada penelitian ini, karakteristik pendidikan responden perawat yang terbanyak yaitu berpendidikan terakhir Diploma 3. Perawat dengan tingkat pendidikan lebih tinggi mempunyai pertimbangan yang lebih matang dikarenakan wawasan yang lebih luas. Penelitian lainnya menyatakan bahwa pengetahuan, lama bekerja dan aktif sebagai anggota organisasi profesi adalah faktor yang dapat meningkatkan *self efficacy* perawat (Stanley & Pollard, 2013).

6.4. Pengaruh Pengetahuan tentang FCC terhadap *Self Efficacy* Perawat

Hasil penelitian dengan uji *Wilcoxon* menunjukkan terdapat perbedaan signifikan *self efficacy* pada kelompok perlakuan sesudah intervensi ($p\text{-value} = 0,001$; $Z = -3,201$). Artinya terdapat pengaruh pendidikan tentang *family centered care* terhadap *self efficacy* perawat dalam perawatan mandiri pasien gagal jantung. Penelitian ini diperkuat dengan penelitian Gyung Park (2015) yang menyatakan bahwa pelatihan CPR bagi mahasiswa keperawatan secara signifikan meningkatkan pengetahuan, sikap, dan *self efficacy* dalam kaitannya dengan CPR.

Meningkatnya *self efficacy* yang dimiliki oleh setiap individu dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor. Menurut Bandura (1997) *self efficacy* pada diri individu dipengaruhi oleh budaya, gender, sifat dari tugas yang dihadapi, insentif eksternal, status, dan informasi positif atau dalam konteks penelitian ini informasi didapatkan dari edukasi atau pelatihan konsep *family centered care* yang diterima oleh perawat.

Edukasi tentang *family centered care* adalah pemberian informasi atau memberikan pemahaman perawat tidak hanya tentang teori seperti pengertian dan konsep inti *family centered care* tetapi juga memberikan aplikasi penerapan konsep *family centered care* di lapangan atau penerapan *family centered care* saat perawat dalam perawatan mandiri pasien gagal jantung. Dukungan dan keterlibatan keluarga sangat berpengaruh dan berkaitan dalam perawatan mandiri bagi pasien gagal jantung. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Sulistyio (2018) bahwa pasien gagal jantung yang mendapatkan dukungan keluarga tinggi maka kualitas hidup yang didapatnya tinggi. Dukungan keluarga dalam bentuk sikap atau tindakan dalam penerimaan keluarga terhadap anggota keluarga yang bersifat

selalu siap mendukung dan memberikan pertolongan. Pemberian bantuan membuat keluarga mampu meningkatkan kesehatan (Friedman, 2010). Artinya konsep *family centered care* sangat berperan penting dalam transisi perawatan yang dialami pasien dengan gangguan kronis seperti pasien gagal jantung.

Disitulah peran *self efficacy* bagi perawat dalam penerapan konsep *family centered care* pada pasien gagal jantung. *Self Efficacy* merupakan salah satu aspek pengetahuan tentang diri dan berpengaruh dalam kehidupan manusia sehari-hari karena *self efficacy* yang dimiliki mempengaruhi individu dalam menentukan tindakan yang dilakukan untuk mencapai suatu tujuan, termasuk didalamnya perkiraan terhadap tantangan yang dihadapi (Ghufron, 2010). Seorang perawat yang memiliki *self efficacy* maka akan dapat melaksanakan tugasnya dengan baik dan dapat mencari solusi apabila dalam melaksanakan pekerjaannya menemui kesulitan maupun situasi yang tidak kondusif.

Komposisi responden penelitian ini dengan perawat berpengalaman yang mempunyai masa kerja diatas 5 tahun mencapai 37,5 % dapat membantu dalam memberikan pengalaman terhadap mayoritas perawat yang masih mempunyai masa kerja 1-3 tahun dalam menguatkan *self efficacy* perawat dalam menerapkan *family centered care*. Hal ini diperkuat dengan penelitian Soudagar, *et al* (2015) yang menyatakan bahwa pengalaman yang lebih tinggi di bidang keperawatan menyebabkan peningkatan *self efficacy* perawat dalam menjalankan tugas. Penelitian lain juga menunjukkan juga membuktikan efek positif langsung dari *self-efficacy*, khususnya dalam keterlibatan kerja sehari-hari pada kepuasan kerja perawat seperti yang dilakukannya dengan penelitian tentang peran kepuasan kerja, keterlibatan kerja, *self-efficacy* dan kapasitas agen pada intensi *turnover* perawat dan kepuasan pasien (Simone *et al*, 2018).

6.5. Implikasi Keperawatan

1. Hasil Penelitian ini dapat dijadikan sebagai masukan dan informasi dalam profesi keperawatan. Pelatihan dan edukasi tentang *Family Centered Care* jika dilaksanakan secara benar dan tepat dapat meningkatkan *self efficacy* perawat dalam melibatkan keluarga dalam merawat pasien atau kaitannya dalam hal ini perawatan mandiri pasien pada pasien gagal jantung. Tujuan akhir penerapan *Family Centered Care* dalam perawatan mandiri pasien gagal jantung yaitu angka rehospitalisasi menurun, pemberdayaan keluarga yang baik, dan kualitas hidup pasien gagal jantung meningkat.
2. Hasil penelitian ini juga dapat dijadikan referensi dalam mengembangkan praktek keperawatan. Tenaga kesehatan khususnya perawat diharapkan mampu berperan aktif dalam meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat pasien dengan kondisi kronis seperti gagal jantung seperti meminum obat secara teratur, menurunkan konsumsi garam dalam diet, olah raga secara rutin, dan melakukan monitoring gejala secara rutin. Perawat disini berperan sebagai kolabolator dan edukator. Tidak hanya memberikan informasi perawatan mandiri pasien di rumah tetapi juga melibatkan keluarga sebagai partner dengan memandirikan dan memberdayakan pasien maupun keluarga dimulai dari transisi perawatan di rumah sakit.

6.6. Keterbatasan Penelitian

1. Adanya perawat yang sakit, diklat dan cuti dinas di IPJT RSUD Dr. Saiful Anwar Malang mengakibatkan 16 dari 48 perawat tidak dapat mengikuti edukasi tentang *family centered care*

BAB VII

PENUTUP

7.1. Kesimpulan

1. Pengetahuan perawat tentang *family centered care* di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu Rumah Sakit Dr Saiful Anwar Malang meningkat daripada sebelum dilakukan intervensi edukasi.
2. *Self Efficacy* perawat dalam menerapkan *family centered care* di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu Rumah Sakit Dr Saiful Anwar Malang meningkat setelah dilakukan intervensi edukasi.
3. Hasil penelitian dengan uji *Wilcoxon* menunjukkan terdapat perbedaan signifikan *self efficacy* pada kelompok perlakuan sesudah intervensi (*p-value* = 0,001; *Z* = -3,201 sehingga bisa disimpulkan ada pengaruh pengetahuan tentang *family centered care* terhadap *self efficacy* perawat pada perawatan mandiri pasien gagal jantung di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu Rumah Sakit Dr Saiful Anwar Malang. Dimana pengetahuan tentang *family centered care* yang dimiliki perawat berpengaruh terhadap *self efficacy* menjadi meningkat.

7.2. Saran

7.2.1 Bagi Akademik

1. Ilmu Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan untuk bidang ilmu keperawatan terkait pentingnya melakukan edukasi tentang metode *family centered care* dalam keperawatan kronis khususnya

dalam melibatkan keluarga untuk ikut berpartisipasi dalam melakukan perawatan mandiri pada pasien gagal jantung. Sebagai acuan pengembangan penelitian dalam praktik keperawatan kronis khususnya pada penyakit gagal jantung.

2. Peneliti selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian terkait penerapan *family centered care* dengan kualitas kinerja dan kepuasan perawat. Selain itu dapat pula dilakukan penelitian tentang penerapan *family centered care* terhadap kualitas hidup pasien kronis terutama pasien gagal jantung.

7.2.2 Bagi praktis

1. Bagi pelayanan di Rumah Sakit

Untuk bidang pendidikan dapat bekerja sama dengan bidang keperawatan dan diklat rumah sakit untuk membuat program pelatihan *family centered care* untuk semua tenaga kesehatan terutama perawat. Selain itu diperlukan kebijakan-kebijakan penting untuk menunjang penerapan *family centered care* di rumah sakit.

2. Bagi perawat

Untuk perawat diharapkan lebih meningkatkan kemampuannya dalam melibatkan keluarga dalam perawatan mandiri pasien gagal jantung melalui pendekatan *family centered care*.

3. Bagi keluarga

Keluarga diharapkan lebih aktif terlibat dalam perawatan mandiri pasien gagal jantung agar kualitas hidup pasien meningkat.

DAFTAR PUSTAKA

- Afandi, D. (2017). *Kaidah Dasar Bioetika dalam Pengambilan Keputusan Klinis yang Etis*, 40(2), 111–121. <https://doi.org/10.22338/mka.v40.i2.p111-121.2017>
- AHA. (2017). "Causes of Heart Failure". <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/causes-and-risks-for-heart-failure/causes-of-heart-failure> (diakses pada 5 Agustus 2019, 14:59)
- Alavi, A, Bahrami, M' Boroujeni, A.Z., & Yousefy, A. (2015). Pediatric nurses' perception of factors associated with caring self-efficacy: A qualitative content analysis. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 20(2): 232-238. PMCID: PMC4387649
- Alwisol. (2007). *Psikologi Kepribadian*. Malang: Universitas Muhammadiyah Malang Press.
- Arikunto, S. (2006). *Metode Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Bumi Aksara
- Bandura, A. (1997). *Self Efficacy – The Exercise of Control* (Fifth Printing, 2002). New York: W.H. Freeman & Company.
- Bandura, A. (2004). *Self-efficacy*. In N. B. Anderson (Ed.) *Encyclopedia of health & behavior* (Vol. 2, pp. 708-714). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Bararah, T., & Jauhar, M. (2013). *Asuhan Keperawatan: Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional*. (Jilid 2). Jakarta. Prestasi Pustaka Raya.
- Boniol, M., McIsaac, M., Xu, L., Wuliji, T., Diallo, K. et al. (2019). Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. *World Health Organization*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311314>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Brunner & Suddarth. (2009). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, alih bahasa: Waluyo Agung., Yasmin Asih., Juli., Kuncara., I.made karyasa, EGC, Jakarta.
- Budiman., & Riyanto, A. (2013). *Kapita Selekta Kuisisioner Pengetahuan Dan Sikap Dalam Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika pp 66-69.
- Budiningsih, A. (2005). *Belajar dan Pembelajaran*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Chatterjee, N.A., Upadhyay, G.A., Ellenbogen, K.A., McAlister, F.A., Choudhry, N.K., & Singh, J.P. (2012). Atrioventricular nodal ablation in atrial fibrillation: a meta-analysis and systematic review. *Circ Arrhythm Electrophysiol* 2012;5:68–76

- Croasmun, J.T., & Ostrom, L. (2011). Using Likert-Type Scales in the Social Sciences. *Journal Of Adult Education*, 40(1), 19-22.
- Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan. (2011). *Pedoman ICU*, Departemen Kesehatan RI
- Dodek, P.M., Heyland, D.K., Rocker, D.M., & Cook, D.J. (2004). Translating family satisfaction data into quality improvement. *Crit Care Med.* 2004;32(9):1922-1927
- Engström, B., Uusitalo, A., & Engström, A. (2010). Relatives' involvement in nursing care: A qualitativestudy describing critical care nurses' experiences. *Intensive and Critical Care Nursing* (2011) 27, 1—9
- Faizin, A. (2008). Hubungan Tingkat Pendidikan dan Lama Kerja Perawat dengan Kinerja Perawat di RSUD Pandan Arang Kabupaten Boyolali. *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*, Vol.1, Nomor 3, 137-142. Surakarta: Jurusan Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Feist, J., & Gregory J. Feist. (2008). *Theories of Personality* (Edisi Keenam). Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Festini, F. (2014). Family-centered care. *Italian Journal of Pediatrics* 2014, 40(Suppl 1):A33.
- Fretes, F.D. (2012). *Hubungan family centered care dengan efek hospitalisasi pada anak di Ruang Dahlian Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang*. Artikel Skripsi. Fakultas Kesehatan Universitas Kristen Satya Wacana.
- Friedman, M. (2010). *Buku Ajar Keperawatan keluarga : Riset, Teori, dan Praktek*. Edisi ke-5. Jakarta: EGC.
- Gaffney, M.K. (2015). *Critical care nurses' perceptions of their knowledge and self-efficacy about providing end of life care* (Dissertations). Walden Dissertations and Doctoral Studies, Walden University. 1934-1943.
- Ghufron, M.N. (2010). *Teori-teori Perkembangan*. Bandung: Refika Aditama
- Gufron, M.N. & Risnawati, R. (2011). *Teori-teori Psikologi*. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media
- Habibi, H. (2011). *Pengaruh Pemberian Edukasi terhadap Tingkat Pengetahuan Perawat dalam Aplikasi Modern Dressing pada Luka Diabetes Melitus di RSUD Pemangkat Kabupaten Sambas Kalimantan Barat*. Artikel Skripsi. Fakultas Kedokteran. Universitas Tanjungpura
- Henneman, E. & Cardin, S. (2002). Family-Centered Critical Care: A Practical Approach to Making It Happen. *Critical Care Nurse*, 22, 12-19.

- Herwindianata dkk. (2013). "Analisis Faktor Yang Berhubungan dengan Kinerja Perawat dalam Penerapan Standar Asuhan Keperawatan di Unit Rawat Inap RSUD Anutapura Palu". *Jurnal FKM UNHAS*. Makasar.
- Hidayat, A.A. (2007). *Metode Penelitian dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika
- Institute for Patient- and Family-Centered Care. (2010). *Frequently asked questions*. Retrieved from <http://www.ipfcc.org/faq.html>
- Kemenkes RI. (2018). *Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS*. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI
- Kuo, D. Z., Houtrow, A. J., Arango, P., Kuhlthau, K. A., Simmons, J. M., & Neff, J. M. (2012). Family-centered care: Current applications and future directions in pediatric health care. *Journal of Maternal Child Health*, 16, 297-305.
- Kusumawati, Ni Nengah. (2011). *Gambaran Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Perawatan Metode Kanguru Di RSAB Harapan Kita*. Artikel Skripsi. Fakultas Ilmu Keperawatan. Universitas Indonesia
- Manojlovich, M. (2005). Promoting nurses' self-efficacy: A leadership strategy to improve practice. *Journal of Nursing Administration*, 35: 271–278
- McAdam, J.L., & Puntilo, K. (2009). *Symtoms experienced by family members of patients in intensive care unit*. <http://www.ajconline.org>, diperoleh 7 Agustus 2019.
- McMurray, J.J.V., et al., (2012). ESC Guidelines for The Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 . *European Heart Journal* 33: 1793-1794
- Mitchell, M., Chabover, W., Burmeister, E., & Foster, M. (2009). Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *American Journal of Critical Care*, 18, 543-552. doi:10.4037/ajcc2009226.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta. PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta. Rineka Cipta.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Pajares, F (2002). *Overview Of Social Cognitive Theory And Of Self-Efficacy*. From:<<http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/eff.html>> (Diakses pada 7 Agustus 2019)
- Pajares, F. & Tim, U. (2006). *Self-Efficacy Beliefs of Adolescence*. Greenwich: Information Age Publishing.

- Park, G (2013). The Effect of Basic Cardiopulmonary Resuscitation Training on Cadiopulmonary Resuscitation Knowledge, Attitude, and Self Efficacy of Nursing Student. *Advanced Science and Technology Letters Vol.116 (Healthcare and Nursing 2015)*, pp.56-60. <http://dx.doi.org/10.14257/astl.2015.116.12>
- Partiprajak, S & Thongpo, P. (2016). Retention of basic life support knowledge, self-efficacy and chest compression performance in Thai undergraduate nursing students. *Nurse Education in Practice*, 16(1), 235-241. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.08.012>
- PERKI. (2015). *Pedoman Tatalaksana Gagal Jantung, Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia, Jakarta*. Terdapat di: http://www.inaheart.org/upload/file/Pedoman_TataLaksana_Gagal_Jantung_2015.pdf
- Permenkes. (2015). *Undang-undang No. 10 Tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Keperawatan Di Rumah Sakit Khusus*
- Polit & Beck . (2012). *Resource Manual for Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Ninth Edition. USA : Lippincott.
- Ponikowski P, Anker SD, AlHabib KF, et al. (2014). Heart Failure: Preventing Disease and Death Worldwide. *ESC Heart Fail*. 2014;1(1):4 25. <https://doi.org/10.1002/ehf2.12005>.
- Potter & Perry. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik*. Edisi 4 volume 1. Jakarta: EGC.
- Potter & Perry. (2007). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik*, edisi 4, Volume.2. Jakarta: EGC.
- Prayoga, G. (2009). *Kesetaraan Gender Perawat Laki-laki dan Perawat Perempuan dalam Pelayanan Kesehatan*. Artikel Skripsi. Fakultas Ilmu Sosial & Ilmu Politik. Universitas Sebelas Maret
- Pryzby, B. (2005). Effects of nurse caring behaviours on family stress responses in critical care. *Intensive and Critical Care Nursing Journal*. Doi:10.1016/j.iccn.2004.06.008
- Putri, N.A. (2014). *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung Di Poliklinik RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh Tahun 2014*. Artikel Skripsi. Fakultas Keperawatan. Universitas Syiah Kuala Banda Aceh.
- Rahayu, E.P.B. (2010). *Pengaruh Penyuluhan pada Wanita Usia Subur (WUS) terhadap Peningkatan Pengetahuan tentang Keluarga Berencana di Desa Sine Sragen*. Publikasi Penelitian. Surakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta

- Rahmawati, R. (2017). *Hubungan antara Self Efficacy Dengan Tingkat Setres Lansia Pensiunan Di Peguyuban Wredatama Universitas Diponegoro Semarang*. Skripsi. Fakultas Kedokteran Universitas Semarang.
- Riegel, B., Moser, D. K., Anker, S. D., Appel, L.J., Dunbar, S. B., Grady, K. L., ... Whellan, D. J. (2009). State of the science: Promoting self-care in persons with heart failure: *A scientific statement from the american heart association*. *Circulation*, 120(12), 1141–1163. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192628>
- Riley, J.P., Astin, F., Crespo-Leiro, M.G., Deaton, C.M., Kienhorst, J., Lambrinou, E., McDonagh, T.A., Rushton, C.A., Stromberg, A., Filippatos, G., Anker, S.D. (2016). Heart failure association of the European Society of Cardiology Heart failure Nurse Curriculum. *Eur J Heart Fail*. 2016;18:736–743
- Romppel, M., Herrmann-Lingen, C., Wachter, R., Edelmann, F., Düngen, H. D., Pieske, B., & Grande, G. (2013). A short form of the General Self-Efficacy Scale (GSE-6): Development, psychometric properties and validity in an intercultural non-clinical sample and a sample of patients at risk for heart failure. *Psycho-social medicine*, 10, Doc01. doi:10.3205/psm000091
- Santoso, S. (2017). *Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Family Centered-Care dengan Sikap dalam Pemberian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Anak*. Skripsi. Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan. Universitas Alma Ata Yogyakarta
- Sarwono, S.S. & Soeroso, A. (2001). Determinasi Demografi terhadap Perilaku Kuratif Keorganisasian. *Jurnal Siasat Bisnis*. ISSN. 0853-7665, Vol.1, No.6
- Saryono. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Purwokerto: UPT. Percetakan dan Penerbitan UNSOED.
- Scholz, U., Doña, B. G., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18(3), 242-251. <http://dx.doi.org/10.1027//1015-5759.18.3.242>
- Shinta, T., Setyarini, E.A., & Prtahama, M.D (2015). Hubungan Pengetahuan Dengan Sikap Perawat dalam Pelaksanaan Family Centered Care di Ruang Rawat Inap Anak. *Ejournal Stikes Santo Borromeus*. (2013): 44-55. Web. 18 Des. 2019
- Simone, S.D, Anna, P., & Gianfranco, C. (2018). *The role of job satisfaction, work engagement, self-efficacy and agentic capacities on nurses' turnover intention and patient satisfaction*. The address for the corresponding author was captured as affiliation for all authors. Please check if appropriate. Yapnr(2017), doi:10.1016/j.apnr.2017.11.004

- Siswanto, B. B., Radi, B., Kalim, H., Santoso, A., Suryawan, R., Erwinanto, ... Santoso, T. (2010). Heart Failure in NCVC Jakarta and 5 hospitals in Indonesia. *CVD Prevention and Control*, 5(1), 35–38. <https://doi.org/10.1016/j.cvdpc.2010.03.005>
- Soudagar, S., Rambod, M., & Beheshtipour, N. (2015). Factors associated with nurses' self-efficacy in clinical setting in Iran, 2013. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 20(2), 226–231.
- Sugiyono. S. (2012). *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R & D*. Bandung: Alfa Beta.
- Stanley, M & Pollard, D. (2013). Relationship Between Knowledge, Attitudes, and Self-Efficacy of Nurses In The Management of Pediatric Pain. *Pediatric Nursing Journal*. Vol. 39(4), 165-171.
- Sulistyo, E. (2018). *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung Kongestif Di Poliklinik Jantung RSUD Kabupaten Sukoharjo*. Artikel Skripsi. Fakultas Ilmu Kesehatan. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Supranto, J. (2000). *Teknik Sampling untuk Survei dan Eksperimen*. Penerbit PT Rineka Cipta, Jakarta.
- Suwignyo, G. (2007). *Manajemen Kinerja Pelayanan Rumah Sakit*. Jakarta: Sagung Seto.
- Taufik, M. (2007). *Prinsip-Prinsip Promosi Kesehatan dalam Bidang Keperawatan*. Jakarta: CV. Infomedika
- University of California San Francisco. (2019). *Heart Failure Treatment*. Diperoleh 28 Agustus 2019, dari https://www.ucsfhealth.org/conditions/heart_failure/treatment.html
- Valchanov, K., & Parameshwar, J. (2008). Inpatient management of advanced heart failure. Continuing Education in Anaesthesia, *Critical Care & Pain*, Volume 8 Number 5 2008, 167-171.
- Wawan, A & Dewi, M. (2011). *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia*. Cetakan II. Yogyakarta: Nuha Medika
- WHO. (2015). *World Health Statistic*. <http://www.who.int/research/en/>
- Yancy, C.W. (2013). *Guideline for The Management of Heart Failure*. American Heart Association.

Lampiran 1: Curriculum Vitae

Curriculum Vitae



I. Data Pribadi

1. Nama : Kharisma Hadi
2. Tempat dan Tanggal Lahir : Probolinggo, 5 Februari 1990
3. Jenis Kelamin : Laki-laki
4. Agama : Islam
5. Status Pernikahan : Menikah
6. Warga Negara : Indonesia
7. Alamat KTP : Jalan Danau Luar Blok C4-D26 Kelurahan Lesanpuro Kedung Kandang Kota Malang
8. Alamat Sekarang : Jalan Danau Luar Blok C4-D26 Kelurahan Lesanpuro Kedung Kandang Kota Malang
9. Nomor Telepon / HP : 085649957491
10. Email : kharismahadi@outlook.com
11. Kode Pos : 65138

II. Pendidikan Formal :

Periode (Tahun)		Sekolah / Institusi / Universitas	Jurusan	Jenjang Pendidikan
1996	2002	SDN Klojen 3 Malang		SD

2002	2005	SMP Negeri 5 Malang, Jawa Timur		SMP
2005	2008	SMA Negeri 4 Malang, Jawa Timur		SMA
2008	2011	D III Keperawatan Politeknik Kesehatan Dep.Kes Malang	Keperawatan	D III

III. Riwayat Pengalaman Kerja

Periode			Instansi / Perusahaan	Posisi
2011	-	2012	RS Prima Husada Singosari Malang	Perawat – PJ. Rawat Jalan
2013	-	2013	Kemenkes RI – Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan	Enumerator Risksdas 2013 Kota Batu
2014	-	Sekarang	RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang	Perawat Pelaksana

Lampiran 2: Pernyataan telah melakukan informed consent**Pernyataan telah melakukan *informed consent***

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama : Kharisma Hadi

NIM : 185070209111014

Program Studi: Program studi Ilmu Keperawatan

Menyatakan bahwa saya telah melaksanakan proses pengambilan data penelitian sesuai dengan yang disetujui pembimbing dan telah memperoleh pernyataan kesediaan dan persetujuan dari responden sebagai sumber data.

Malang, November 2019

Mengetahui,

Pembimbing

Yang membuat pernyataan

Alfrina Hany, S.Kp., MNg(AC)

NIP. 197804042002122001

Kharisma Hadi

NIM.185070209111014

Lampiran 3: Penjelasan mengikuti penelitian

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Saya Kharisma Hadi adalah mahasiswa semester VI pada Program Studi Ilmu Keperawatan Program Sarjana Alih Jenjang Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, dengan ini meminta Bapak/ Ibu/ Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian saya yang berjudul **“Pengaruh Pengetahuan Tentang *Family Centered Care* dengan *Self Efficacy* Perawat dalam Perawatan Mandiri Pasien Gagal Jantung di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr. Saiful Anwar Malang”**.
2. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui Pengaruh Pengetahuan Tentang Family Centered Care dengan Self Efficacy Perawat dalam Perawatan Mandiri Pasien Gagal Jantung
3. Prosedur pengambilan sampel didasarkan pada kriteria yang telah ditetapkan oleh peneliti. Jika sudah sesuai dengan kriteria, peneliti akan memberikan *informed consent*, pernyataan persetujuan, menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian yang akan dilaksanakan, kontrak waktu dengan responden. Jika data menggunakan metode pengisian kuesioner. Jika Bapak/ Ibu/ Saudara menyetujui maka saat penelitian berlangsung, maka Bapak/ Ibu/ Saudara akan menjawab beberapa pertanyaan penelitian. Bapak/ ibu/ saudara tidak perlu khawatir karena penelitian ini hanya membutuhkan waktu yang singkat dalam melakukan pengisian kuesioner dan hanya membutuhkan waktu maksimal 15 menit.

4. Keuntungan yang Bapak/ Ibu dapatkan dengan keikutsertaan dalam penelitian ini adalah meningkatkan pengetahuan, kemampuan dan kepercayaan diri dalam melakukan perawatan diri pada pasien gagal jantung.
5. Data dari Bapak/ Ibu dijamin kerahasiaannya oleh peneliti dengan cara tidak mencantumkan nama terang cukup berupa inisial saja.
6. Seandainya Bapak/ Ibu/ Saudara tidak menyetujui cara ini Bapak/ Ibu/ Saudara dapat memilih cara lain atau Bapak/ Ibu/ Saudara boleh untuk tidak mengikuti penelitian ini sama sekali.
7. Dalam penelitian ini Bapak/ Ibu/ Saudara akan mendapatkan kompensasi sebagai tanda terimakasih telah berpartisipasi dalam penelitian ini berupa modul family centered care + souvenir senilai Rp. 30.000.

Peneliti

Kharisma Hadi

Lampiran 4: Surat Pernyataan Mengikuti Penelitian

PERNYATAAN PERSETUJUAN UNTUK BERPARTISIPASI DALAM PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa:

1. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar persetujuan diatas dan telah dijelaskan oleh peneliti.
2. Dengan ini saya menyatakan bahwa secara sukarela bersedia untuk ikut serta menjadi salah satu subyek penelitian yang berjudul **“Pengaruh Pengetahuan Tentang Family Centered Care dengan Self Efficacy Perawat dalam Perawatan Mandiri Pasien Gagal Jantung di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr. Saiful Anwar Malang”**.

Peneliti

Malang,

Yang membuat pernyataan

Kharisma Hadi
NIM: 185070209111014

(.....)
nama lengkap

Saksi I

Saksi II

(.....)

(.....)

Lampiran 5: Kisi-kisi Kuisisioner

KISI-KISI KUISIONER

“Pengaruh Pengetahuan Tentang Family Centered Care dengan Self Efficacy Perawat dalam Perawatan Mandiri Pasien Gagal Jantung di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr. Saiful Anwar Malang”

No	Variabel	Sub variabel	Jumlah soal	No soal	Skoring x jumlah soal
1.	Pengetahuan Perawat tentang Family Centered Care	1. Pengertian FCC	1	1	1 x 1 = 1
		2. Pentingnya FCC	1	2	1 x 1 = 1
		3. Keuntungan FCC	3	3,9,10	1 x 3 = 3
		4. Konsep Inti FCC	3	4,5,6	1 x 3 = 3
		5. Peran Perawat dalam FCC	2	7,8	1 x 2 = 2
2.	Self Efficacy Perawat	1. Aspek <i>Level</i>	3	1, 2, 3	SS=4, S=3, TS=2, STS=1
		2. Aspek <i>Strength</i>	3	4, 5, 6	SS=4, S=3, TS=2, STS=1
		3. Aspek <i>Generality</i>	4	7, 8, 9, 10	SS=4, S=3, TS=2, STS=1

Lampiran 6: Kuesioner Penelitian

KUESIONER

“Pengaruh Pengetahuan Tentang Family Centered Care dengan Self Efficacy Perawat dalam Perawatan Mandiri Pasien Gagal Jantung di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr. Saiful Anwar Malang”

A. Data Diri Responden

1. Kode Responden :(diisi oleh peneliti)
2. Nama (Inisial) :
3. Jenis Kelamin : ☐ Laki-Laki ☐ Perempuan
4. Usia : Tahun
5. Alamat :
6. Tingkat Pendidikan : ☐ D3 ☐ S1 ☐ S2
7. Lama Bekerja : ☐ 1-3 Tahun ☐ 3-5 Tahun ☐ > 5 Tahun
8. Status Pernikahan : ☐ Belum Menikah ☐ Sudah Menikah

B. Petunjuk Pengisian

1. Kepada Bapak/Ibu/Saudara agar dapat menjawab seluruh pertanyaan dan pernyataan pada kuesioner ini dengan jujur dan sesuai dengan pemikiran dan kehendak Bapak/Ibu/Saudara
2. Pada kuesioner pengetahuan (Kode C) berilah tanda (X) pada satu jawaban jika jawaban dianggap benar
3. Pada kuesioner self efficacy (Kode D) berilah tanda centang (✓) pada kolom yang tersedia sesuai dengan 4 pilihan jawaban yaitu:
 - a. Sangat Setuju (SS)
 - b. Setuju (S)
 - c. Tidak Setuju (TS)
 - d. Sangat Tidak Setuju (STS)
- e. Terdapat 2 kuesioner yang akan diberikan yaitu kuesioner pengetahuan tentang *Family Centered Care* dan Self Efficacy Perawat dalam Perawatan Mandiri Pasien Gagal Jantung

- f. Mohon diteliti lagi, agar tidak ada pertanyaan yang terlewatkan untuk dijawab, atas bantuan dan kerjasama yang baik, peneliti mengucapkan terima kasih

C. Kuesioner Pengetahuan

1. *Family Centered-Care* (FCC) merupakan suatu pendekatan...
 - a. Pendekatan yang sistematis
 - b. Pendekatan yang melibatkan pasien dan keluarga
 - c. Pendekatan yang melibatkan kerabat

2. Pentingnya melibatkan keluarga dalam tindakan keperawatan agar...
 - a. Keluarga merasa diperhatikan dan diperdulikan
 - b. Keluarga merasa memiliki tanggung jawab dalam proses penyembuhan pasien
 - c. Keluarga merasa kehadiran mereka sangat dibutuhkan dalam penyembuhan pasien

3. Keuntungan penerapan *family centered-care* bagi tenaga kesehatan...
 - a. Dapat terwujud dan terbina kerja sama yang baik antara perawat, klien dan keluarga
 - b. Keluarga menjadi percaya kepada perawat karena melibatkan keluarga dalam tindakan keperawatan
 - c. Keluarga dapat berpartisipasi dalam pengambilan keputusan selama tindakan keperawatan

4. Didalam prinsip *FCC* terdapat *martabat dan kehormatan* yang artinya...
 - a. Tenaga kesehatan mendengarkan dan menghormati hak-hak pasien dan memberikan kesempatan keluarga untuk menentukan pilihan atau menentukan keputusan.
 - b. Tenaga kesehatan menghormati budaya dan membela hak pasien dalam pemberian asuhan keperawatan

- c. Tenaga kesehatan menghormati dan menghargai suku, agama dan budaya yang dianut oleh pasien
5. Salah satu prinsip *FCC* yaitu *information sharing*, pernyataan dibawah ini yang paling tepat adalah...
- a. Tenaga kesehatan terutama perawat harus berkomunikasi dengan baik dan memberikan informasi kepada keluarga yang dapat dipahami oleh keluarga
 - b. Tenaga kesehatan terutama perawat memberikan penjelasan tentang penyakit kepada keluarga
 - c. Tenaga kesehatan terutama perawat menjelaskan dan memberikan informasi kepada pasien dan keluarga yang dapat dipahami oleh keluarga.
6. Didalam prinsip *FCC* terdapat *kolaborasion* yang artinya...
- a. Keluarga dan perawat bekerjasama dalam memberikan tindakan keperawatan sehingga tercipta hubungan saling percaya antara perawat dan keluarga pasien.
 - b. Keluarga dan tenaga kesehatan berkolaborasi dalam pemberian pelayanan kesehatan atau pemberian perawatan kepada anggota keluarga yang lain agar tercapai hubungan yang harmonis antara perawat, pasien dan keluarga
 - c. Keluarga dan tenaga kesehatan bersama-sama merencanakan pemberian tindakan keperawatan dalam perawatan anggota keluarga yang lain dan terjalin hubungan yang baik antara pemberi pelayanan dan keluarga.
7. Peran perawat dalam pelaksanaan *FCC* memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif meliputi aspek fisik dan psikologis, yang dimaksud dalam aspek fisik ialah...
- a. Melakukan pemasangan infus yang melibatkan keluarga
 - b. Memberikan makan kepada pasien
 - c. Memberi perawatan personal hygiene yang melibatkan keluarga

8. Pada prinsipnya peran perawat dalam penerapan FCC adalah
 - a. Memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga serta membantu dalam pemenuhan kebutuhan fisiologis.
 - b. Membantu dalam mengobati sakit yang diderita oleh pasien.
 - c. Membantu meminimalisir trauma pada pasien selama proses perawatan.

9. Dalam penerapan *FCC* dapat menguntungkan bagi rumah sakit diantaranya ..
 - a. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit
 - b. Meningkatkan kemampuan perawat
 - c. Meningkatkan kepuasan klien dalam pelayanan kesehatan

10. Keuntungan dalam *FCC* untuk keluarga dan anak adalah...
 - a. Penurunan kecemasan antara keluarga dan pasien
 - b. Peningkatan status kesehatan pasien dan kepercayaan keluarga
 - c. Keluarga lebih tenang dengan kondisi pasien

(sumber dari: Santoso, S. (2017). *Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Family Centered-Care dengan Sikap dalam Pemberian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Anak*. Skripsi. Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan. Universitas Alma Ata Yogyakarta)

D. Kuesioner GSE – Efikasi Diri

No	Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
1.	Pemecahan masalah yang sulit selalu berhasil bagi saya, kalau saya berusaha.				
2.	Jika seseorang menghambat tujuan saya, saya akan mencari cara dan jalan untuk meneruskannya.				
3.	Saya tidak mempunyai kesulitan untuk melaksanakan niat dan tujuan saya.				
4.	Dalam situasi apapun saya tahu bagaimana saya harus bertindak laku.				
5.	Kalau saya akan berkonfrontasi dengan sesuatu yang baru, saya tahu bagaimana saya dapat menanggulangnya.				
6.	Untuk setiap problem saya mempunyai pemecahan.				
7.	Saya dapat menghadapi kesulitan dengan tenang, karena saya selalu dapat mengandalkan kemampuan saya.				
8.	Jika saya dalam keadaan yang sulit, saya dapat memikirkan ide yang baik dalam menghadapi kesulitan tersebut.				
9.	Juga dalam kejadian yang tidak terduga saya kira, bahwa saya akan dapat menanganinya dengan baik.				
10.	Apapun yang terjadi, saya akan siap menanganinya.				

(sumber dari: Scholz, U., Doña, B. G., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18(3), 242-251. <http://dx.doi.org/10.1027//1015-5759.18.3.242>)

Lampiran 7: Satuan Acara Edukasi

SATUAN ACARA EDUKASI

(SAE)

Nama Edukasi	: Edukasi tentang Family-Centered Care
Pokok Bahasan	: Pengertian, elemen, prinsip, tujuan dan manfaat Family-Centered Care
Sasaran	: Perawat di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang
Waktu	: 45 menit

A. Latar Belakang

Sifat gagal jantung karena termasuk penyakit kronis maka membutuhkan keterlibatan anggota keluarga. Anggota keluarga dapat berkontribusi dalam tanggung jawab untuk perawatan pasien. Anggota keluarga biasanya secara informal terlibat dalam memberikan perawatan dan layanan untuk pasien mereka dan dianggap sebagai sumber daya untuk perawatan pasien. Stromberg melaporkan bahwa kerjasama antara pasien, keluarganya, dan tim perawatan kesehatan memiliki efek positif yang luar biasa dan dapat meningkatkan rencana perawatan pasien, mengurangi tingkat rawat inap, dan meningkatkan kualitas hidup pasien (Strömberg 2013). Family Centered Care adalah cara untuk memperluas perawatan kesehatan yang menunjukkan pentingnya keluarga dalam program perawatan pasien (Festini 2014). Mengenai peran perawat dalam peningkatan kesehatan dan pelatihan perawatan diri dan juga mempertimbangkan waktu yang dihabiskan perawat dengan anggota keluarga pasien, mereka dapat mengambil langkah positif dalam pendidikan yang berpusat pada keluarga untuk memberdayakan keluarga pasien dan meningkatkan perawatan.

B. Tujuan**a. Tujuan Instruksional Umum**

Setelah mengikuti edukasi tentang Family-Centered Care, peserta memahami tentang Family-Centered Care serta mengaplikasikannya.

b. Tujuan Instruksional Khusus

- Peserta mampu menjelaskan kembali terkait pengertian, elemen, prinsip, tujuan dan manfaat Family-Centered Care.
- Peserta mampu mengaplikasikan prinsip-prinsip Family-Centered Care dalam perawatan.

C. Materi

1. Pengertian Family-Centered Care
2. Elemen Family-Centered Care
3. Prinsip Family-Centered Care
4. Tujuan Family-Centered Care
5. Manfaat Family-Centered Care

D. Sasaran dan Tempat Kegiatan

Sasaran : Perawat di CVCU

Tempat : RS. Dr. Saiful Anwar

Metode : Ceramah

Alat yang digunakan : Modul Family-Centered Care + Power Point

E. Kegiatan

No	Susunan Kegiatan	Kegiatan pemateri	Kegiatan peserta	Waktu (Menit)	Media
1.	Pembukaan	a. Pemateri membuka proses edukasi dengan mengucapkan salam b. Pemateri memperkenalkan diri c. Pemateri menyampaikan tujuan edukasi d. Pemateri menyampaikan kontrak waktu e. Pemateri menggali pengetahuan peserta dengan mengajukan beberapa pertanyaan secara lisan	a. Menjawab salam b. Mendengarkan pemateri c. Menyepakati kontrak waktu d. Menjawab pertanyaan yang diajukan oleh pemateri	5	Modul

2.	Isi	<p>a. Pemateri menjelaskan materi edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian Family-Centered Care 2. Elemen Family-Centered Care 3. Prinsip Family-Centered Care 4. Tujuan Family-Centered Care 5. Manfaat Family-Centered Care <p>b. Memberikan kesempatan kepada peserta untuk menyampaikan feed back</p>	<p>a. Mendengarkan edukasi yang disampaikan</p> <p>b. Memberikan feedback terhadap materi edukasi</p>	30	Modul
3.	Penutup	<p>a. Mengevaluasi peserta melalui pertanyaan secara lisan</p>	<p>a. Peserta menjawab pertanyaan yang diajukan oleh pemateri</p>	10	Modul

		b. Menutup sesi edukasi	b. Peserta mendengarkan pemateri		
--	--	-------------------------	----------------------------------	--	--

F. Evaluasi

- a. Evaluasi struktur
 - Pemateri mempersiapkan penyuluhan dengan baik
 - Pemateri menguasai materi dengan matang
 - Materi tersedia dengan baik
 - Tempat untuk edukasi memadai
 - Media yang digunakan sudah siap
 - Peserta siap menerima informasi
- b. Evaluasi proses
 - Peserta aktif dalam proses edukasi
 - Peserta aktif bertanya
 - Tidak ada distraksi saat pemateri menjelaskan
 - Penggunaan media yang efektif untuk menunjang proses edukasi
- c. Evaluasi hasil
 - Peserta mampu memahami Pengertian, Elemen, Prinsip, Tujuan, dan Manfaat Family-Centered Care
 - Menjawab pertanyaan dengan benar setelah edukasi selesai

G. Daftar Pustaka

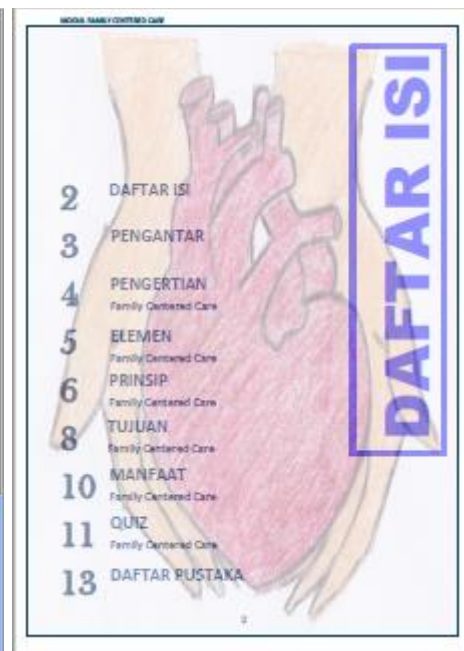
- American Academy of Pediatrics, A. (2003). Family Centered Care and Pediatrician's Role, 112(3), 691–696.
- Champlain Maternal Newborn Regional Program (CMNRP). (2015). Family-Centred Care (FCC). Ottawa. Retrieved from http://www.cmnrp.ca/en/cmnrp/Documentation_Tools_p547.html

- Crocker, E., Webster, P. D., & Johnson, B. H. (2012). *Developing Patient- and Family-Centered Vision, Mission, and Philosophy of Care Statements* (2nd ed.). Bethesda, MD: Institute for Patient- and Family-Centered Care
- Dodek PM, Heyland DK, Rocker DM, Cook DJ. (2004). Translating family satisfaction data into quality improvement. *Crit Care Med.* 32(9):1922-1927
- Festini, F. (2014). 'Family-centered care'. *Italian Journal of Pediatrics*, 40(1), pp. 11-14. doi: 10.1186/1824-7288-40-s1-a33
- Fretes, F.D. (2012). Hubungan family centered care dengan efek hospitalisasi pada anak di Ruang Dahlian Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang. Artikel Skripsi. Fakultas Kesehatan Universitas Kristen Satya Wacana
- Kuo, D. Z., Houtrow, A. J., Arango, P., Kuhlthau, K. A., Simmons, J. M., & Neff, J. M. (2012). Family-centered care: Current applications and future directions in pediatric health care. *Journal of Maternal Child Health*, 16, 297-305
- Potter & Perry. (2007). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik*, edisi 4, Volume.2. Jakarta: EGC
- Santoso, Selamat. 2017. Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Family Centered-Care dengan Sikap dalam Pemberian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Anak. Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan. Universitas Alma Ata Yogyakarta
- Strömberg, A. (2013). The situation of caregivers in heart failure and their role in improving patient outcomes. *Current Heart Failure Reports*, 10(3), 270-5. doi: 10.1007/s11897-013-0146-8

H. Lampiran Modul

Terlampir

Lampiran 8: Modul Penelitian




MODUL FAMILY CENTERED CARE

ELEMEN FAMILY CENTERED CARE

Menurut Fretz (2012), terdapat beberapa elemen Family Centered Care, yaitu:

- Perawat menyadari bahwa keluarga adalah bagian yang penting dalam kehidupan anak, sementara ide-ide layanan dan anggota dalam sistem tersebut berfokus pada
- Membidat kerjasama antara keluarga dan perawat di semua tingkat pelayanan kesehatan, merawat anak secara individual, pengembangan program, pelaksanaan dan evaluasi serta pembentukan kebijakan
- Menghormati keanekaragaman ras, etnik budaya dan social ekonomi dalam keluarga
- Mengikuti keutuhan keluarga dan individualitas serta memperhatikan perbedaan hubungan lelap dalam keluarga, sehingga Family Centered Care harus mengambarkan keanekaragaman anak dan keluarga.
- Memberikan informasi yang lengkap dan jelas kepada orang tua dan secara berkelanjutan dengan dukungan penuh
- Mendorong dan membidat keluarga untuk saling mendukung
- Memahami dan menggabungkan kebutuhan dalam setiap perkembangan bayi, anak-anak, remaja dan keluarga mereka ke dalam sistem perawatan kesehatan
- Mengembangkan kebijakan yang komprehensif dan program-program yang memberikan dukungan emosional dan keuangan untuk memenuhi kebutuhan keluarga
- Mendorong sistem perawatan kesehatan yang fleksibel, dapat dijangkau dengan mudah dan responsif terhadap kebutuhan keluarga teridentifikasi



5

MODUL FAMILY CENTERED CARE


PRINSIP FAMILY CENTERED CARE



Prinsip FCC menurut Potter & Perry (2007):

- Martabat dan keberagaman

Praktik kesehatan mendengarkan dan menghormati hal-hal pasien dan memberikan kesempatan keluarga untuk menentukan pilihan atau menentukan keputusan. Pengetahuan, nilai, kepercayaan dan latar belakang budaya pasien dan keluarga berperan dalam rencana dan intervensi keperawatan.


Pemilihan layanan kesehatan dan cara mendengarkan dan menghormati pendapat dan pilihan pasien dan keluarga

Pengetahuan pasien dan keluarga, nilai-nilai, kepercayaan dan latar belakang budaya dimasukkan ke dalam perencanaan dan pemberian perawatan
- Berbagi informasi

Praktik kesehatan terutama perawat harus berkomunikasi dengan baik dan memberikan informasi kepada keluarga yang dapat dipahami oleh keluarga. Pasien dan keluarga menerima informasi setiap waktu, lengkap, akurat agar dapat berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan.

6

MODUL FAMILY CENTERED CARE




Perawat dan keluarga berkolaborasi dalam berbagi informasi yang lengkap dan akurat agar pasien dan keluarga dapat berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan

Pasien dan keluarga menerima informasi yang dapat dipahami, lengkap dan akurat agar dapat berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan

c. Partisipasi


Pasien dan keluarga termotivasi berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan sesuai dengan kesepakatan yang telah mereka buat.



Pasien dan keluarga diberikan kesempatan untuk berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan di tingkat yang mereka pilih.

d. Kolaborasi

Pasien dan keluarga juga termasuk ke dalam komponen dasar kolaborasi. Keluarga dan tenaga kesehatan berkolaborasi dalam pemberian pelayanan kesehatan atau pemberian perawatan kepada anggota keluarga yang lain agar tercapai hubungan yang harmonis antara perawat, pasien dan keluarga.



Pasien, keluarga, perawat, tenaga kesehatan, staf, dan komunitas berkolaborasi dalam pengembangan, implementasi dan evaluasi kebijakan dan program dalam bidang kesehatan dalam pendidikan profesional dan dalam lingkungan perawatan.


7

MODUL FAMILY CENTERED CARE

TUJUAN FAMILY CENTERED CARE

Tujuan penerapan konsep Family Centered Care bagi pasien dan keluarganya adalah:

- Terlibat dalam perawatan mereka di tingkat yang mereka pilih
- Diperlakukan dengan hormat dan bermartabat
- Menerima pengetahuan, nilai-nilai, preferensi, kepercayaan, dan latar belakang budaya mereka dihormati dan dimasukkan ke dalam pemberian perawatan mereka
- Menerima informasi medis yang tepat waktu, lengkap, akurat, tidak bias dari penyedia layanan kesehatan
- Menerima akses ke informasi untuk berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan mereka
- Terlibat dalam perencanaan, pengembangan, implementasi, dan evaluasi kebijakan dan program, dalam desain fasilitas kesehatan, dalam pendidikan profesional, dan dalam pemberian perawatan.



Family Centered Care juga berperan penting dimainkan oleh keluarga pasien dalam rangkaian perawatan dalam penyakit kritis. Dimasukkannya keluarga pasien sebagai penerima perawatan yang valid dapat membantu keluarga berpartisipasi lebih aktif dengan profesional kesehatan dalam membuat keputusan tentang perawatan pasien dan dalam memberikan perawatan itu (Dodd, et al. 2004). Tujuan-tujuan ini mencerminkan empat konsep inti FCC dan dapat diukur dengan menggunakan indikator yang disimpulkan dari curvel pengalaman pasien, antara lain:

8

Lampiran 9: Surat Permohonan Ijin Validitas

	KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI UNIVERSITAS BRAWIJAYA FAKULTAS KEDOKTERAN Jalan Veteran Malang – 65145, Jawa Timur - Indonesia Telp. (0341) 551611 Pes. 213.214; 569117, 567192 – Fax. (62) (0341) 564755 http://www.fk.ub.ac.id e-mail : sekr.fk@ub.ac.id	
	<hr/>	
	Nomor : 10630 /UN10.F08/PP/2019 Perihal : Permohonan Ijin Untuk Uji Validitas	06 NOV 2019
	Yth. Direktur Rumah Sakit dr. Saiful Anwar Malang Di Tempat	

Sehubungan dengan Penyusunan Karya Tulis Ilmiah/Tugas Akhir (TA) sebagai prasyarat wajib bagi mahasiswa Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, dengan ini kami mohon ijin melaksanakan uji validitas bagi mahasiswa yang tersebut dibawah ini :

Nama	: KHARISMA HADI
N I M	: 185070209111014
Semester	: III (Tiga)
Program Studi	: ILMU KEPERAWATAN
Judul	: PENGARUH PENGETAHUAN TENTANG FAMILY CENTERED CARE TERHADAP SELF EFFICACY PERAWAT PADA PERAWATAN MANDIRI PASIEN GAGAL JANTUNG DI RUANG INTENSIVE CARE KOTA MALANG

Atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

An. Dekan,
 Wakil Dekan Bidang Akademik,



Tembusan :
 Ketua Jurusan Keperawatan FKUB

dr. MOHAMMAD SAIFUR ROHMAN, Sp.JP(K), Ph.D.
 NIP. 19681031 199702 1 001

Lampiran 10: Surat Permohonan Ijin Penelitian



Nomor : 5094/UN10.F08/PP/2019
Hal : Permohonan Ijin Penelitian

27 SEP 2019

Yth. Direktur
RSUD Dr. Saiful Anwar
Malang

Sehubungan akan dilaksanakannya Penelitian oleh Tenaga pendidik dari Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang dengan nama sebagai berikut:

Nama : Alfrina Hany, S.Kp, MNg (Ac)
NIK : 197804042002122001
Pangkat/Golongan : Penata Muda / IIIa
Jabatan : Asisten Ahli

Bersama ini kami mengajukan Surat Ijin untuk melaksanakan Penelitian pada Instansi yang Bpk/Ibu pimpin, dengan judul penelitian "Hubungan Konsep Family Centered Care terhadap Perawatan Mandiri Pasien Gagal Jantung di Ruang Intensive Care Kota Malang".

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

a.n Dekan,
Wakil Dekan Bidang Akademik


dr. Mohammad Saifur-Rohman, Sp.JP(K), Ph.D
NIP. 196810311997021001

Tembusan :
1. Kajor Keperawatan FKUB
2. Ka. Diklit RSUD dr. Saiful Anwar Malang

Lampiran 11: Lembar Keterangan Kelaikan Etik FKUB



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 168; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755
http://www.fk.ub.ac.id e-mail : kep.fk@ub.ac.id

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
("ETHICAL CLEARANCE")**

No. 265 / EC / KEPK / 10 / 2019

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA, SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN

JUDUL : Hubungan antara Aplikasi Konsep *Patient-Family Centered Care* dengan Keberhasilan Perawatan Pasien Gagal Jantung di Ruang *Intensive Care* di Beberapa Rumah Sakit Kota Malang.

PENELITI UTAMA : Alfrina Hany, S.Kp.,M.Ng (AC)

ANGOTA : Ratih Arum Vatmasari
Eni Yulistianingsih
Kharisma Hadi
Yogie Afithandri
Heri Lukito
Arif Jati Purnomo
Putu Yustika Primayani
Rida Aulia Batubara
Unyati

UNIT / LEMBAGA : Fakultas Kedokteran - Universitas Brawijaya Malang.

TEMPAT PENELITIAN : RSU Dr. Saiful Anwar, RST Dr. Soepraoen, dan RS Lavalette Kota Malang.

DINYATAKAN LAIK ETIK.

Malang,
Ketua,

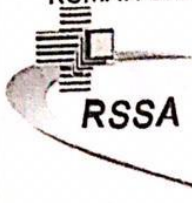
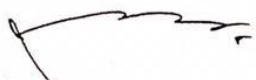


Prof. Dr. dr. Moch. Istiadid ES, SpS, SpBS(K), SH, M.Hum, Dr(Hk)
NIPK. 20180246051611001

Catatan :

Keterangan Laik Etik Ini Berlaku 1 (Satu) Tahun Sejak Tanggal Dikeluarkan Pada Akhir Penelitian, Laporan Hasil Pelaksanaan Penelitian Wajib Diserahkan Kepada KEPK-FKUB Dalam Bentuk Soft Copy. Jika Ada Perubahan Protokol Dan / Atau Perpanjangan Penelitian, Harus Mengajukan Kembali Permohonan Kajian Etik Penelitian (Amandemen Protokol).

Lampiran 12: Lembar Keterangan Kelaikan Etik RSSA

	<p>RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SAIFUL ANWAR MALANG Jl. Jaksa Agung Suprpto No.2 Malang KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN TERAKREDITASI SNARS EDISI 1 INTERNASIONAL</p> <p>☆☆☆☆☆☆☆☆</p> <p>18 Februari 2018 s.d. 18 Februari 2021 Jl. Jaksa Agung Suprpto No.2 MALANG 65111 Telp. (0341) 362101, Fax. (0341) 369384 E-mail : staf-rsu-drsaifulanwar@jatimprov.go.id Website : www.rsusaifulanwar.jatimprov.go.id</p>
<p align="center">KETERANGAN KELAIKAN ETIK PELAKSANAAN PENELITIAN</p> <p align="center">("ETHICAL CLEARANCE")</p> <p align="center">No: 400/233/K.3/302/2019</p>	
<p>KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN RSUD Dr SAIFUL ANWAR MALANG, SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN</p>	
<p>JUDUL : HUBUNGAN APLIKASI KONSEP PATIENT-FAMILY CENTERED CARE DENGAN KEBERHASILAN PERAWATAN PASIEN GAGAL JANTUNG DI RUANG INTENSIVE CARE RSUD Dr. SAIFUL ANWAR DAN RST SOEPRAOEN</p>	
<p>PENELITI UTAMA PENELITI ANGGOTA</p>	<p>: ALFRINA HANY, S.Kp, M.Ng (AC) : RATIH ARUM VATMASARI ENI YULISTIANINGSIH KHARISMA HADI YOGIE AFITNANDRI HERI LUKITO ARIF JATI PURNANTO PUTU YUSTIKA PRIMAYANI RIDA AULIA BATUBARA UNYATI</p>
<p>UNIT / LEMBAGA / TEMPAT PENELITIAN</p>	
<p>RSUD Dr. SAIFUL ANWAR MALANG</p>	
<p>DINYATAKAN LAIK ETIK</p>	
<p align="right">MALANG, 04 NOVEMBER 2019 KETUA TIM KOMISI ETIK PENELITIAN</p> <p align="right">  dr. HIDAYAT SUJUTI, PhD, Sp.M </p>	

Lampiran 13: Surat Sosialisasi *Ethical Clearance* RSSA

18 Februari 2018 s.d. 18 Februari 2021
MALANG 65111

PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr.SAIFUL ANWAR
TERAKREDITASI SNARS ED 1 INTERNASIONAL
☆☆☆☆☆☆

18 Februari 2018 s.d. 18 Februari 2021
Jl. Jaka Agung Supriatno No 2 MALANG 65111
Telp. (0341) 362101 Fax (0341) 369384
E-mail: staf-rsudsaifulanwar@jatimprov.go.id
Website: www.rsusaifulanwar.jatimprov.go.id

RSSA

Malang, 25 Oktober 2019

Kepada
Yth. ALFRINA HANY, S.Kp, M.Ng (AC)

RSUD Dr. SAIFUL ANWAR
di-
MALANG


nor : 005 / 31157 / 302 / 2019
it : Biasa
npiran : -
ihal : UNDANGAN

Dengan ini mengharap kehadiran Bapak / Ibu / Sdr. pada


Hari : Kamis
Tanggal : 31 Oktober 2019
Pukul : 13.00 WIB. s.d. Selesai
Tempat : Ruang Pertemuan Komkordik RSUD Dr. Saiful Anwar Malang
Acara : Rapat Koordinasi Tim Komisi Etik Penelitian, Sosialisasi dan Seminar Ethical Clearance a.n. Aisha Fajri dan Alfrina Hany, S.Kp, M.Ng
Pimpinan : Ketua Komisi Etik Penelitian RSUD Dr. Saiful Anwar Malang

Demikian atas perhatiannya, kami ucapkan terima kasih.

a.n. DIREKTUR RSUD Dr. SAIFUL ANWAR MALANG
PIN KEPALA BAGIAN UMUM


Drs. SAICHUL GHULAM, MM
Pembina Utama Muda
NIP. 19620803 198702 1 004


Lampiran 14: Surat Ijin Penelitian RSSA



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAHSAKIT UMUM DAERAH Dr. SAIFUL ANWAR
TERAKREDITASI SNARS ED 1 INTERNASIONAL

☆☆☆☆☆☆

18 Februari 2018 s.d. 18 Februari 2021
Jl. Jaksa Agung Suprpto No.2 MALANG 65111
Telp. (0341) 362101, Fax. (0341) 369384
E-mail : staf-rsu-drsaifulanwar@jatimprov.go.id
Website : www.rsusaifulanwar.jatimprov.go.id



NOTA DINAS

Kepada : Kepala Instalasi Terapi Intensif

Dari : Kepala Bidang Diklit
RSUD Dr. Saiful Anwar Malang

Tanggal : 13 NOV 2019

Nomor : 070/1725 /1.20/302/2019

Sifat : Biasa

Lampiran : --

Perihal : **Penghadapan Penelitian bagi Tenaga Pendidik dari Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang a.n Alfrina Hany, S.Kp, M.Ng (AC)**


Menindaklanjuti surat dari Direktur RSUD Dr. Saiful Anwar Malang No. 070/23291 /302/2019 tanggal 12 November 2019 perihal Izin Penelitian, bersama ini kami hadapkan Peneliti tersebut untuk melaksanakan penelitian di satuan kerja yang Saudara pimpin sesuai dengan judul proposal, atas nama:

No	Nama/NIK	Judul Proposal
1.	Alfrina Hany, S.Kp, M.Ng (AC) NIK : 197804042002122001	Hubungan Aplikasi Konsep <i>Patient – Family Centered Care</i> dengan Keberhasilan Perawatan Pasien Gagal Jantung di Ruang <i>Intensive Care</i> RSUD Dr. Saiful Anwar dan RST Soepraen

Setelah yang bersangkutan selesai melaksanakan penelitian, mohon Saudara informasikan tertulis kepada kami bahwa yang bersangkutan telah selesai melaksanakan penelitian di satuan kerja yang Saudara pimpin, sebagai dasar kami membuat Surat Keterangan Selesai Penelitian bagi yang bersangkutan.



Demikian atas perhatian dan kerjasama Saudara, diucapkan terima kasih.

Kepala Bidang Pendidikan & Penelitian



SRI ENDAH NOVIANI, SH, M.Sc
Pembina Tingkat I
NIP. 19631103 199103 2 004

Lampiran 15: Surat Keterangan Menyelesaikan Penelitian RSSA

	<p>PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SAIFUL ANWAR INSTALASI PELAYANAN JANTUNG TERPADU Jl. Jaksa Agung Suprpto No.2 MALANG 65111 Telp. (0341) 362101, Fax. (0341) 369384</p>	
---	---	---

NOTA DINAS

Kepada	: Yth. Ka. Bid. Pendidikan Dan Penelitian RSUD Dr. Saiful Anwar Malang
Dari	: Kepala Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu
Tanggal	: 18 Desember 2019
Nomor	: 045 / 235 / 2.26 / 302 / 2019
Sifat	: Penting
Lampiran	: -
Perihal	: Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian

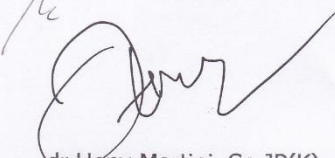
Menindaklanjuti surat dari Ka. Bid. Diklit (No : 070/1736/1.20/302/2019 tanggal 13 November 2019) Perihal : Penghadapan penelitian atas nama Alfrina Hany, S.Kep, M.Ng beserta tim dari Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, maka dengan ini kami menerangkan bahwa saudara :

1. Nama	: Kharisma Hadi
Judul Penelitian	: Pengaruh Pengetahuan Tentang Family Centered Care Terhadap Self Efficacy Perawat Pada Perawatan Mandiri Pasien Gagal Jantung di RS Kota Malang

Telah melaksanakan penelitian di Ruang 5A/5B Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr. Saiful Anwar Malang pada tanggal 2- 3 Desember 2019 sebagaimana data terlampir.

Demikian surat keterangan ini dibuat, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Plt.Ka. Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu
 RSUD Dr. Saiful Anwar Malang



dr. Heny Martini, Sp.JP(K)
 NIP. 19711016 200012 2 001

Lampiran 16: Hasil Uji Validitas & Reliabilitas Kuisisioner Pengetahuan

A. Hasil Validitas Kuisisioner Pengetahuan

Data	Hasil	Validitas
Item 1	.604	Valid
Item 2	.752	Valid
Item 3	.595	Valid
Item 4	.595	Valid
Item 5	.678	Valid
Item 6	.643	Valid
Item 7	.690	Valid
Item 8	.784	Valid
Item 9	.678	Valid
Item 10	.642	Valid

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
item1	5.27	8.495	.525	.851
item2	5.60	7.543	.665	.838
item3	5.47	8.124	.479	.855
item4	5.47	8.124	.479	.855
item5	5.40	7.971	.586	.845
item6	5.93	8.210	.554	.848
item7	5.47	7.838	.593	.845
item8	5.47	7.552	.710	.834
item9	5.40	7.971	.586	.845
item10	5.73	7.924	.530	.851

B. Hasil Reliabilitas Kuisisioner Pengetahuan

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.860	10

Lampiran 17: Hasil SPSS Data penelitian

A. Data SPSS Karakteristik Demografi

Jenis Kelamin Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	12	37,5	37,5	37,5
	Perempuan	20	62,5	62,5	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

Usia Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18 - 25	3	9,4	9,4	9,4
	25 - 38	26	81,3	81,3	90,6
	38 - 60	3	9,4	9,4	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

Pendidikan Perawat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	D3	22	68,8	68,8	68,8
	D4 / S1	10	31,3	31,3	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

Masa Kerja Perawat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-3 Tahun	16	50,0	50,0	50,0
	3-5 Tahun	4	12,5	12,5	62,5
	> 5 Tahun	12	37,5	37,5	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

Status Menikah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Belum Menikah	8	25,0	25,0	25,0
	Sudah Menikah	24	75,0	75,0	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

B. Data SPSS Pengetahuan tentang *Family Centered Care***Pengetahuan Pre Kelompok Perlakuan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	3	18,8	18,8	18,8
	Cukup	6	37,5	37,5	56,3
	Baik	7	43,8	43,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Pengetahuan Post Kelompok Perlakuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup	4	25,0	25,0	25,0
	Baik	12	75,0	75,0	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Pengetahuan Pre Kelompok Kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	2	12,5	12,5	12,5
	Cukup	7	43,8	43,8	56,3
	Baik	7	43,8	43,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Pengetahuan Post Kelompok Kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	2	12,5	12,5	12,5
	Cukup	7	43,8	43,8	56,3
	Baik	7	43,8	43,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

C. Data SPSS *Self Efficacy* Perawat

Statistics			
		Efficacy Pre Semua Perawat	Efficacy Post Semua Perawat
N	Valid	16	16
	Missing	0	0
Mean		30,31	33,50
Std. Error of Mean		1,306	,962
Median		30,50	32,00
Mode		29 ^a	32
Std. Deviation		5,225	3,847
Variance		27,296	14,800
Range		21	13
Minimum		19	27
Maximum		40	40

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Statistics			
		Efficacy Pre Kelompok Kontrol	Efficacy Post Kelompok Kontrol
N	Valid	16	16
	Missing	0	0
Mean		30,38	30,38
Std. Error of Mean		,758	,758
Median		30,00	30,00
Mode		31	31
Std. Deviation		3,030	3,030
Variance		9,183	9,183
Range		13	13
Minimum		26	26
Maximum		39	39

D. Data SPSS Pengaruh Pengetahuan tentang FCC terhadap *Self Efficacy* Perawat

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Efficacy Post Semua Perawat - Efficacy Pre Semua Perawat	Negative Ranks	0 ^a	0,00	0,00
	Positive Ranks	13 ^b	7,00	91,00
	Ties	3 ^c		
	Total	16		

a. Efficacy Post Semua Perawat < Efficacy Pre Semua Perawat

b. Efficacy Post Semua Perawat > Efficacy Pre Semua Perawat

c. Efficacy Post Semua Perawat = Efficacy Pre Semua Perawat


Test Statistics^a

	Efficacy Post Semua Perawat - Efficacy Pre Semua Perawat
Z	-3.201 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

Lampiran 18: Lembar Konsultasi



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
TUGAS AKHIR
 Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
 Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213.214; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755
 http://fk.ub.ac.id/tugasakhir e-mail : tugasakhir.fk@ub.ac.id







Form TA 04

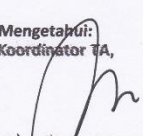
LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : Kharisma Hadi
 NIM : 185070209111014
 Program Studi : Ilmu Keperawatan
 Judul Tugas Akhir : Pengaruh Pengetahuan tentang *Family Centered Care* terhadap *Self Efficacy* Perawat pada Perawatan Mandiri Pasien Gagal Jantung di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr. Saiful Anwar Malang

Pembimbing I : Afrina Hany, S.Kp., M.Ng (AC).
 Pembimbing II : Ns. Renny Nova, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J.

Tahap Kedua

Tgl/jam	Pembimbing I/II	Metode Bimbingan	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
28/19/11	I	Tatap Muka	Revisi bab IV, Uji Validitas	- sesuai masukan draft	
3/19/12	I	Tatap Muka	Bab 5	- sesuai masukan draft	
5/19/12	I	Tatap Muka	Bab 5	- sesuai masukan draft - Bab 6,7	
16/19/12	I	Tatap Muka	Bab 5, 6,7	- sesuai masukan draft	
17/19/12	I	Tatap Muka	Bab 5, 6,7	- sesuai masukan draft	
19/19/12	I	Tatap Muka	Bab 5, 6,7	ACC upon seen	

Mengetahui:
 Koordinator TA,

 Ns. Toni Suharsana, S.Kep., M.Kep.
 NIP/NIK. 192009012006041003



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
TUGAS AKHIR

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213.214; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755
http://fk.ub.ac.id/tugasakhir e-mail : tugasakhir.fk@ub.ac.id

Form TA 04

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama
N I M
Program Studi
Judul Tugas Akhir

: Kharisma Hadi
: 185070209111014
: Ilmu Keperawatan

Pengaruh Pengetahuan tentang *Family Centered Care* terhadap *Self Efficacy* Perawat pada Perawatan Mandiri Pasien Gagal Jantung di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr. Saiful Anwar Malang

Pembimbing I
Pembimbing II

: Afrina Hany, S.Kp., M.Ng (AC).
: Ns. Renny Nova, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J.

Tahap Pertama

Tgl	Pembimbing I/II	Metode Bimbingan	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
0/11	II	tatap muka	Revisi Bab 4	- Revisi bab 4 dan memformatkan file	
10/12-19	I	tatap muka	Bab 5, 6, 7	Sesuai masukan pada draft.	
19/12-19	II	Tatap Muka	Bab 6, 7	ACC Semhas	
20/12-19	II	Tatap Muka	Bab 6, 7	Tambahkan riset update, keterbatasan	
23/12-19	II	Tatap Muka	Bab 6, 7	Lanjutkan buat abstrak.	

Mengetahui:
Koordinator TA,

Ns. Tony Suharsana, S.Kep., M.Kep
NIP/NIK. 198009022006041003

Bulan		Kegiatan							
	Proposal	Studi Pendahuluan	Seminar Proposal	Revisi Proposal	Ethical Clearance	Pengambilan Data	Pengolahan Data	Seminar Hasil	Revisi Akhir
Februari									
Maret									
April									
Mei									
Juni									
Juli									
Agustus									
September									
Oktober									
November									
Desember									

Lampiran 20: Dokumentasi Kegiatan